

ZEITSCHRIFT FÜR DAS GESAMTE KRANKENHAUSWESEN

ORGAN DER DEUTSCHEN KRANKENHAUSGESELLSCHAFT

SOWIE DER ANGEGLIEDERTEN VERBÄNDE:

GUTACHTERAUSSCHUSS FÜR DAS ÖFFENTLICHE KRANKENHAUSWESEN
FACHVEREINIGUNG DER VERWALTUNGSLEITER DEUTSCHER KRANKEN-, HEIL- UND PFLEGEANSTALTEN
REICHSV ERBAND DER FREIEN GEMEINNÜTZIGEN KRANKEN- UND PFLEGEANSTALTEN DEUTSCHLANDS
REICHSV ERBAND DEUTSCHER PRIVATKRANKENANSTALTEN E. V.

REDAKTION:

PROF. DR. W. HOFFMANN
Direktor im Hauptgesundheitsamt der
Stadt Berlin a. D.

DR. R. ZEITLER
Vizepräsident
des Deutschen Gemeindetages

F. OEHLER
Verwaltungsdirektor des Städt. Rudolf-
Virchow-Krankenhauses Berlin

BEIRAT: **Gesamtes Krankenhauswesen:** H. ALTHAUS, Berlin, F. BARTELS, Berlin, K. BIELING, Friedrichroda, L. CONTI, Berlin, F. CROPP, Berlin, G. VON DESCHWANDEN, Luzern, Pastor CONSTANTIN FRICK, Bremen, J. GROBER, Jena, H. HALTENHOFF, Hannover, O. VON HOLBECK, Berlin, C. VON HUGO, Berlin, O. SCHRÖDER, Berlin, E. WÖLLER, Berlin. **Ärztliche Fragen:** F. KLOSE, Kiel, E. REYE, Hamburg. **Verwaltung:** O. DRESSLER, Jena, W. GUTHJAHR, Berlin, J. JETTER, Stuttgart-Bad Cannstatt, P. MANZ, Zürich. **Rechtsfragen:** R. PLANK, Nürnberg. **Baufragen:** H. DISTEL, Hamburg, R. LANG, Berlin, A. LOMMEL, Würzburg, G. PETRICK, Berlin. **Krankenpflege:** E. WITTICH, Berlin. **Apothekenwesen:** F. REUTER, Berlin. **Fürsorgedienst:** A. TÜLLMANN, Berlin.
Statistik: J. SCHOPPEN, Düsseldorf.

SPRINGER-VERLAG BERLIN HEIDELBERG GMBH

GUTACHTERAUSSCHUSS

FÜR DAS

ÖFFENTLICHE

KRANKENHAUSWESEN

«FACHAUSSCHUSS DES DEUTSCHEN GEMEINDETAGES»

NIEDERSCHRIFT

ÜBER DIE 27. TAGUNG AM 25. NOVEMBER 1938

IN DANZIG

ISBN 978-3-662-26900-8
DOI 10.1007/978-3-662-28369-1

ISBN 978-3-662-28369-1 (eBook)

INHALTSÜBERSICHT

	Seite
1. Der gegenwärtige Stand des Danziger Krankenhauswesens. B. E.: Senator Dr. <i>Großmann</i> , Danzig	2
2. Der Fürsorgedienst im Krankenhaus. B. E.: Vizepräsident Dr. <i>Zeidler</i> , Berlin	6
3. Vertrauensarzt und Krankenhaus. B. E.: Dr. <i>Walter</i> , Leiter des Amtes für Volksgesundheit im Hauptamt für Volkswohlfahrt in der Reichsleitung der NSDAP.	13
4. Kampf dem Verderb im Krankenhaus. B. E.: Verwaltungsdirektor <i>Oehler</i> , Berlin	19
5. Die Wäscherei im Krankenhaus. B. E.: Dr. <i>W. Kind</i> , Sorau	29

Gutachterausschuß für das öffentliche Krankenhauswesen (Fachausschuß des Deutschen Gemeindetages).

Niederschrift über die 27. Tagung am 25. November 1938 in Danzig.

Tagesordnung.

1. *Der gegenwärtige Stand des Danziger Krankenhauswesens.* B.E.: Senator Dr. Großmann, Danzig.
2. *Der Fürsorgedienst im Krankenhaus.* B.E.: Vizepräsident Dr. Zeitler, Berlin.
3. *Vertrauensarzt und Krankenhaus.* B.E.: Dr. Walter, Berlin, Leiter des Amtes für Volksgesundheit im Hauptamt für Volkswohlfahrt in der Reichsleitung der NSDAP.
4. *Kampf dem Verderb im Krankenhaus.* B.E.: Verwaltungsdirektor Oehler, Berlin.
5. *Die Wäscherei im Krankenhaus.* B.E.: Dr. Kind, Sorau, Leiter der Chemischen Abteilung des Deutschen Forschungsinstituts für Bastfasern. M.B.E.: Verwaltungsdirektor Guthjahr, Berlin.

Anwesend waren: Vizepräsident Dr. Zeitler, Deutscher Gemeindegast, Berlin, als Vorsitzender der Tagung. — Von der Geschäftsstelle des Deutschen Gemeindetages: Hauptreferent Zengerling und Hilfsreferent Wöller. — Vom Danziger Gemeindegast: Geschäftsführer Marchwardt.

Als Mitglieder des Gutachterausschusses: Landrat Dr. von Buchka, Goldap. — Stadtmedizinalrat Staatsrat Dr. Conti, Berlin. — Landrat Freiherr von Erffa, Angermünde. — Verwaltungsdirektor Guthjahr, Berlin. — Oberbürgermeister Dr. Haltenhoff, Hannover. — Direktor a. D. Prof. Dr. Hoffmann, Berlin. — Landesrat a. D. von Hugo, Berlin. — Stadtmedizinalrat Dr. Klose, Kiel. — Landesbaurat a. D. Lang, Berlin. — Verwaltungsdirektor Oehler, Berlin. — Stadtrat Dr. Dr. Plank, Nürnberg. — Dir. Prof. Dr. Reye, Hamburg. — Dir. Dr. Schoppen, Düsseldorf.

Als Gäste: Reichsministerium des Innern: Oberregierungs- und Medizinalrat Dr. Engel, Berlin. — Oberkommando der Kriegsmarine: Marineoberstabsarzt Dr. Kaull, Berlin. — Heeres-Sanitätsinspektion: Oberintendanturrat Tessner, Berlin. — Reichsgesundheitsamt: Prof. Dr. Rott, Berlin. — Hauptamt für Volkswohlfahrt: Amtsleiter Dr. Walter, Berlin. — Geschäftsführer Dr. von Holbeck, Berlin. — Reichsverband der freien gemeinnützigen Kranken- und Pflegeanstalten Deutschlands: Pastor Frick, Bremen. — Deutsches Rotes Kreuz: Reg.-Rat a. D. Grüneisen, Berlin. — Deutscher Caritasverband: Dir. Dr. Müller, Köln-Hohenlind. — Reichsverband Deutscher Privatkrankenanstalten E.V.: Reichsgeschäftsführer Rüdiger, Berlin. — Reichsarbeitsdienst: Dr. Daeschlein, Berlin-Grünwald. — Wirtschaftsberatung Deutscher Gemeinden A.-G.: Bürgermeister a. D. Seydel und Dipl.-Kaufm. Bock. — Senat der Freien Stadt Danzig: Senator Dr. Großmann. — Geschäftsführer des Amtes für Volksgesundheit: Boenkendorf, Danzig. — Ferner: Prof. Dr. Bohn, Danzig. — Stadtinspektor Dyherrn, Danzig. — Prof. Dr. Helmbold, Danzig. — Abt.-Dir. Prof. Dr. Kauffmann, Danzig. — Prof. Dr. Klose, Danzig. — Reg.-Amtsrat Ludewig, Danzig. — Prof. Dr. Meyer, Danzig. — Reg.-Ob.-Insp. Passauer, Danzig. — Assessor Dr.

Schreck, Danzig. — Dipl.-Ing. Strauß, Danzig. — Oberin Wittenberg, Danzig. — Prof. Dr. Wagner, Danzig. — Dir. Dr. Bardachzi, Außig. — Architekt Distel, Hamburg. — Stadtphysikus Dr. Gmachl, Salzburg. — Prof. Dr. Heilmann, Berlin-Charlottenburg. — Dr. W. Kind, Sorau. — Stadtrat Dr. Konrad, München. — Verw. Dir. Dr. Kuhnert, Berlin. — Geschäftsführerin Anni Tüllmann, Berlin.

Vorsitzender Vizepräsident Dr. Zeitler: Ich eröffne die 27. Tagung des Gutachterausschusses für das öffentliche Krankenhauswesen und heiße Sie herzlich willkommen. Insbesondere begrüße ich die hier erschienenen Ehrengäste und freue mich, daß Sie durch Ihre Anwesenheit ein besonderes Interesse für unsere Arbeit bekunden.

Bevor wir in die Arbeit eintreten, erfülle ich die Pflicht, zweier Männer zu gedenken, die zu den hervorragendsten Persönlichkeiten auf dem Gebiete des deutschen Krankenhauswesens gehörten und die der Tod aus unserer Mitte gerissen hat.

Im Mai 1937 ist unser Mitglied, Herr Geheimrat Professor Dr. Kerschensteiner, München, gestorben. Herr Geheimrat Kerschensteiner war einer der besten Vertreter des deutschen Krankenhauswesens. Wenn er auch noch so stark mit amtlichen und ehrenamtlichen Aufgaben belastet war, so fand er doch immer noch Zeit, uns auch seinen Rat auf dem besonderen Fachgebiet des Krankenhauswesens zur Verfügung zu stellen. Wenn der Gutachterausschuß für das öffentliche Krankenhauswesen in Deutschland und darüber hinaus in weiten Kreisen des Auslandes hohes Ansehen genießt, so hat Herr Geheimrat Kerschensteiner durch seine richtunggebenden und grundlegenden Arbeiten innerhalb dieses Gremiums hieran einen erheblichen Anteil. Sein vornehmes und liebenswürdiges Wesen machen ihn uns unvergessen.

Im November 1937 verschied unerwartet unser Mitglied, Herr Ärztlicher Verwaltungsdirektor Dr. Wirth, Frankfurt a. M. Dies war für uns ein gleich großer Verlust, denn auch Herr Dr. Wirth gehörte zu den Männern, die sich ganz für die Sache des Krankenhauswesens aufgeopfert haben. Sein umfassendes Wissen, seine reichen Erfahrungen und seine nie ermüdende Einsatzbereitschaft haben dazu beigetragen, das deutsche Krankenhauswesen zu verbessern und auf einen Stand zu bringen, der besonders auch im Ausland, wo Herr Dr. Wirth ebenfalls als ausgezeichnete Sachkenner geschätzt und verehrt wurde, Anerkennung gefunden hat. Mit ihm verband die meisten von uns auch eine innige persönliche Freundschaft. Wir werden seiner stets gedenken.

Sie haben sich zu Ehren der Verstorbenen von Ihren Plätzen erhoben. Ich danke Ihnen.

Die letzte Tagung des Gutachterausschusses hat am 6. März 1936 in Stuttgart stattgefunden. Zwischen dieser Tagung und der heutigen Tagung liegt eine Zeitspanne von mehr als 2 Jahren. Dies hat seinen Grund darin, daß der Deutsche Gemeindetag mit anderen dringenden Aufgaben besonders stark in Anspruch genommen war. Ich erinnere nur an die Aufgaben, die sich für den Deutschen Gemeindetag in der letzten Zeit aus der Eingliederung Österreichs und des Sudetengaus in das Deutsche Reich ergeben haben. In der Zwischenzeit ist jedoch in der Dienststelle des Deutschen Gemeindetages auf dem Gebiet des Krankenhauswesens viel gearbeitet worden. Vor allem hat die Auskunftstätigkeit in allen Angelegenheiten des Krankenhauswesens erheblich zugenommen. Dabei sind auch erwähnenswert die zahlreichen Beratungen für den Neubau und vor allem für den Umbau von Krankenhäusern, bei denen man sich mehr und mehr unsere sachkundigen Erfahrungen zunutze macht. Aber auch auf dem Gebiete der Gesetzgebung können wir grundlegende Fortschritte verzeichnen. Ich darf hier dankbar feststellen, daß der Deutsche Gemeindetag u. a. zu den Vorberatungen über die grundsätzliche Neuregelung des Diätküchenwesens (Ausbildung von Diätassistentinnen und Diätküchenleiterinnen) und des Krankenpflegewesens (Gesetz zur Änderung der Krankenpflege) beteiligt worden ist. Ferner haben wir in einer grundlegenden Aussprache mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen die für eine ersprießliche Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern erforderliche Grundlage geschaffen. In diesem Zusammenhang darf ich auch erwähnen, daß die Zusammenarbeit zwischen den drei großen Trägergruppen von Krankenhäusern, dem Reichsverband der freien gemeinnützigen Kranken- und Pflegeanstalten Deutschlands, dem Reichsverband Deutscher Privatkankeanstalten und dem Deutschen Gemeindetag (Gutachterausschuß für das öffentliche Krankenhauswesen) noch vertieft werden konnte, eine Zusammenarbeit, die nunmehr ihren Ausdruck in der Bildung der Deutschen Krankenhausgesellschaft finden wird. Schließlich sind die Vorbereitungen für die Fortbildung der Verwaltungsleiter von Krankenanstalten soweit gediehen, daß der erste Lehrgang im Januar 1939 in Berlin stattfinden kann.

I. Der gegenwärtige Stand des Danziger Krankenhauswesens.

B.E.: Senator Dr. Großmann, Danzig.

Wenn ich heute Gelegenheit habe, Sie im Namen des Senats der Freien Stadt Danzig hier auf deutschem Boden herzlich zu begrüßen, dann verbinde ich damit die Hoffnung, daß es Ihnen in den wenigen Tagen, die Sie im abgetretenen deutschen Gebiet Danzig verleben, gut gefallen möge und Sie mit den Eindrücken in Ihre Heimat zurückkehren, die notwendig sind, um auch dort die Überzeugung zu verbreiten, daß Danzig deutsch ist, niemals anders als deutsch war und immer deutsch bleiben wird. Ihnen, Herr Präsident, danke ich recht herzlich für die Worte, die Sie über Danzig sagten. Sie haben recht: In Danzig regiert der Nationalsozialismus, Danzig ist eine Stadt, die sich in keiner Weise von Städten deutschen Charakters innerhalb der Reichsgrenzen abhebt. Diejenigen, die zum erstenmal die Grenzen überschritten haben, werden vielleicht über die vielen nationalsozialistischen Embleme erstaunt sein, die sie in Danzig genau wie im Reich, ja vielleicht noch häufiger, sehen.

Das abgelaufene Jahr war außerordentlich reich an Erfüllungen. Menschen, die jahrhundertlang danach strebten, wieder deutsch zu werden, konnten zur Heimat zurück. Bis zum Anfang dieses Jahres haben wir Danziger nie den Wunsch gehabt, ein zweites Österreich zu werden, da die Verhältnisse wirtschaftlicher und politischer Art in Danzig weitaus besser waren. Nachdem nun Österreich in die deutsche Heimat eingegangen ist, würden wir gerne ein zweites Österreich werden.

Die Geschichte Danzigs ist sehr wechselvoll gewesen. Bei der ersten Teilung Polens 1772 fiel der größte Teil des Gebietes der heutigen Freien Stadt Danzig an Preußen, die eigentliche Stadt selbst wurde erst 1793 preußisch. Die Vorgeschichte Danzigs und seiner Umgebung läßt sich etwa bis in die späte Bronzezeit verfolgen. Auf Grund der Bodenfunde läßt sich feststellen, daß die germanische Kultur etwa um 1200 vor Christi vom mittleren Norddeutschland aus über Danzig nach Pommern und Ostpreußen sich erstreckte. Erst in der Steinzeit, ungefähr 150 Jahre vor der Zeitenwende, kamen die Ostgermanen

in Danzig selbständig gegen den größeren und stärkeren Nachbar Polen vorzugehen. Vielmehr bestand unsere Aufgabe darin, die Parteien zu beseitigen und einen Zustand zu schaffen, der sich demjenigen des Reiches möglichst ähnlich. Das haben wir erreicht! Wir kennen heute in Danzig nur eine einzige Partei, die Nationalsozialistische deutsche Arbeiterpartei. Im Danziger Volkstag sitzen 72 Abgeordnete: 70 Nationalsozialisten im Braunhemd und 2 Polen. Wir haben also die möglichen Voraussetzungen für eine Rückkehr in das Reich geschaffen. Daß man wegen einer verhältnismäßig geringen Zahl Deutsch-Danziger größere Dinge nicht zurückstellen kann, weiß auch jeder. Jedem Danziger ist klar geworden, daß wir die deutsche Kultur in Danzig weiter pflegen müssen. Seit der Machtübernahme durch den Nationalsozialismus im Jahre 1933 haben wir alles nach dieser Richtung hin getan.

Selbstverständlich auch auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, obwohl wir manche Schwierigkeiten zu überstehen hatten. Wenn in Danzig trotz der Schwierigkeiten gute Verhältnisse auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, manchmal geradezu ideale, erreicht worden sind, so liegt die Ursache in der Tatsache begründet, daß das Gesundheitswesen des Staates, die Gesundheitsführung der parteiamtlichen Stellen und die Fürsorge in einer Hand vereinigt sind. Der Gauamtsleiter des Amtes für Volksgesundheit der NSDAP. ist gleichzeitig als Senator verantwortlicher Leiter des staatlichen Gesundheitswesens. Durch die Kleinheit der Verhältnisse bedingt, lassen sich verwaltungstechnisch hier manche Dinge schneller durchführen als im Reich. Dafür bestehen für uns auf der anderen Seite wieder gewisse Schwierigkeiten. Wenn wir in diesen Tagen nach langem Drängen endlich die Nürnberger Blutschutzgesetze eingeführt haben, so war das nicht leicht. Vergessen Sie nicht, daß in Danzig Polen leben. Der Pole ist zwar einer der größten Judenhasser, aber wenn irgend einem polnischen Juden in Danzig etwas geschieht, so wird er von Polen nicht als Jude, sondern in erster Linie als polnischer Staatsbürger betrachtet.

Ich habe mich selbstverständlich bemüht, das Danziger Krankenhauswesen vorbildlich zu gestalten. Im Frühjahr dieses Jahres befand ich mich auf eine Einladung der polnischen Regierung hin mit Gauleiter Forster auf

halten, der über diese künstlich geschaffenen Gebilde zum deutschen Mutterland hinüberschwingt. Seitdem sich Nationalsozialisten in Danzig befinden, kennt man hier nur eine Parole „Zurück zum Reich, fort von vertraglicher Willkür“, und diese Parole wird heute von 97% der deutschen Danziger Bevölkerung getragen.

Ich habe versucht, Ihnen in ganz kurzen Ausführungen die politische Lage Danzigs darzustellen, um Ihnen die Schwierigkeiten zu zeigen, die sich wirtschaftlich daraus ergeben und die sich letzten Endes auch auf das Krankenhauswesen in Danzig auswirken. Lassen Sie mich jetzt Ihnen noch kurz etwas über die in Danzig bestehenden Krankenhäuser erzählen:

Das Städtische Krankenhaus umfaßt 1151 Betten und ist für die Verhältnisse eines Staates von rund 40000 Einwohnern ziemlich groß. Zur Zeit ist es mit 1000 Kranken belegt. Früher war es ja ebenso wie die anderen staatlichen Einrichtungen auch für einen größeren Bezirk bestimmt. Nachdem Danzig 1920 vom Reich abgetrennt wurde, hatten wir es zunächst nicht ganz leicht; denn Sie wissen aus Ihrem persönlichen Wirkungskreis, daß zur Rentabilität eines Krankenhauses eine bestimmte Anzahl von belegten Betten vorhanden sein muß. Die Staatliche Frauenklinik besitzt 325 Betten, das Diakonissen-Krankenhaus 270, das St. Marien-Krankenhaus 325, das Krankenhaus in Tiegenhof 60, die Fürsorgeanstalt Silberhammer 330, das Ferberhaus, ein Haus für Schizophrene, 60, das Wessel-Storpheim 60, die Kinderheilstätte Zoppot 50, die Tuberkulosestation Praust 25, das Tuberkulosehaus Kahlbude (Rotes Kreuz) 25, das Kinderheim Neuteich 30, das Rentnerheim in Pelonken 50, das Siechenhaus 205 Betten. Außerdem besitzen wir 5 Privat-Augenkliniken und 7 Privat-Kliniken für Chirurgie und Orthopädie, so daß uns in Danzig im ganzen ungefähr 3000 Betten zur Verfügung stehen.

Ich möchte auf die Entstehung des Städtischen Krankenhauses kurz eingehen. Seine Geschichte reicht bis in den Anfang des 15. Jahrhunderts zurück. Es war damals eine Stiftung, nannte sich „St. Rochus Hospital“ und befand sich in der Jungstadt. In diesem Zusammenhang möchte ich Sie bitten, wenn Sie Zeit haben, sich einmal das Straßenbild Danzigs anzusehen, das deutsche Kultur

26 Gebäude mit 150500 qm und 2 Abteilungen mit zusammen 700 Betten errichtet worden.

Die Stadtväter haben sich damals sehr den Kopf zerbrochen und an der Lage des Städtischen Krankenhauses Kritik geübt, da man annahm, daß das Krankenhaus zu weit von der Stadt entfernt läge. Heute sind wir dankbar, daß diese Lage gewählt worden ist; denn sie ist die schönste Lage, die man sich für ein Krankenhaus denken kann. Mitten zwischen Danzig und Langfuhr und außerhalb der Stadt selbst. In der Umgebung sehen wir sehr viele freie Grünflächen, so daß wir keine Sorge haben, wenn wir diesen Komplex später einmal noch vergrößern wollten. Im Kriege war das ganze Krankenhaus mit Militär belegt und erwies sich damals schon als zu klein. Nach dem Kriege ist es daher noch erweitert worden. Im Jahre 1921 haben wir eine Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit 200 Betten hinzugenommen, 1927 erfolgte der Bau eines Röntgeninstitutes. Eine Kinderabteilung mit 120 Betten und eine psychiatrische Abteilung mit 70 Betten wurden im Jahre 1928 eingerichtet. 1929/30 wurde das große Gebäude, in dem wir jetzt tagen, mit dem Hörsaal und 180 Betten als neue Innere Klinik erbaut. Die größte Initiative wurde jedoch seit der Machtübernahme entfaltet.

Seit 1931 als Staatskommissar habe ich diese Aufgaben mit dem Jahre 1933 mehr intern übernommen. Ich stehe auf dem Standpunkt, daß das Gesundheitswesen in Danzig und damit die beiden größten Krankenanstalten, das Städtische Krankenhaus und die Staatliche Frauenklinik, unter die Obhut eines Arztes gehören; denn ich habe erlebt, daß in dem städtischen Ausschuß für das Krankenhauswesen früher Klempner und Tischler als Mitglieder saßen, die zwar keine Ahnung von dem Betrieb eines Krankenhauses hatten, in der Debatte aber unsere Ärzte, wenn sie irgendeine Forderung stellten, nicht zu Wort kommen ließen. So lagen die Verhältnisse in der marxistischen Zeit.

Seit 1935 besitzen wir in Danzig eine Staatliche Akademie für praktische Medizin, also ein Lehrinstitut, das vom bestandenen Vorexamen (Physikum) ab dem der deutschen Universitäten entspricht. Herr Präsident *Zeitler* betonte eingangs, daß das kulturelle Niveau in Danzig für das Deutschtum ausschlaggebend sei. Aus diesem Grunde allein ist auch die Staatliche Akademie in Danzig ins Leben gerufen worden. Sie ist eine Lehrstätte für den jungen deutschen Nachwuchs und soll ihm Gelegenheit geben, das Ostproblem kennenzulernen. Der Osten ist von jeher stiefmütterlich behandelt worden, obwohl viele Siedlungsmöglichkeiten in ihm liegen. Er sollte als Problem verstanden und propagiert werden. Gerade deshalb haben wir es begrüßt, daß der deutsche Student in Danzig zwei Ostsemester absolvieren kann. Wir geben ihm Gelegenheit, Ostprobleme, vor allen Dingen solche mit polnischem Einschlag, gründlichst kennenzulernen. Wir geben den Studenten an der Dreiländerecke (Zusammenfallen der deutsch-polnisch-danziger Grenze) Gelegenheit, das Unsinnige seinerzeitiger Grenzregulierungen mit eigenen Augen zu sehen und einen Zustand kennenzulernen, der niemals von Dauer sein kann, da er den einfachsten Erfordernissen des Lebens an der Grenze widerspricht. Wir zeigen ihnen Gehöfte, die zum Teil deutsch, zum Teil polnisch sind, zeigen ihnen ein Stadtbild, durch dessen Mitte die Grenze geht.

Zur Vervollständigung des Ausbildungsplanes habe ich natürlich einige Kliniken einrichten müssen. 1934 wurden eine Hals-, Nasen-, Ohrenabteilung und eine Augenabteilung neu geschaffen. Damit umfaßt das Kranken-

haus zusammen 1151 Betten, von denen durchschnittlich 75—80 v. H. belegt sind. Die Ärztezahll hat sich seit dem Jahre 1911 bis zum Jahre 1938 von 15 auf 55 erhöht. Diese Zunahme ist hauptsächlich durch die Anstellung von Oberärzten und Assistenten bedingt. Die Vervielfachung der Ärzteziffer ist auch ein Zeichen dafür, daß hier gearbeitet wird. Die Herren haben von morgens bis abends zu tun, weil die pekuniären Verhältnisse in Danzig einen möglichst raschen Wechsel der Kranken erforderlich machen. Wir können es uns nicht erlauben, Kranke stationär zu lange zu behandeln, weil uns das Geld dafür fehlt. Die Schwierigkeiten einer zweckmäßigen Ernährungstherapie versuchen wir durch Angliederung einer Gärtnerei an das Krankenhaus, die ein großes Gewächshaus besitzt, zu vermindern. Wir sind dadurch in knappen Zeiten, in denen es in Danzig schwer Gemüse und dergleichen gibt, mit diesen Nahrungsmitteln für die Kranken versorgt. Die Kinder haben in Danzig und besonders auf dem Lande unter Ernährungsstörungen zu leiden, wie wir sie in Deutschland nicht mehr kennen. Das ist darauf zurückzuführen, daß die einfache Landbevölkerung sehr arm ist und ihre Kinder ständig die gleiche Nahrung erhalten. Als Zusatznahrung erhalten die Kinder daher zur Zeit von der NSV. Nestle's Kindermehl u. a. Veraltete Anschauungen, die in Deutschland wohl kaum noch auftreten dürften, tragen ebenfalls zu Ernährungsstörungen bei. Ist es zum Teil doch noch üblich, die Kinder bis zum Alter von $1\frac{3}{4}$ Jahren jeglichem Einfluß der Sonne, weil angeblich gesundheitsschädlich, zu entziehen.

Auf dem Gelände des Städtischen Krankenhauses ist auch eine Hühnerfarm mit mehreren hundert Hühnern eingerichtet worden, um in der Belieferung mit Eiern nicht immer von Polen abhängig zu sein; denn die polnischen Eier sind meist nicht mehr frisch, wenn sie nach Danzig gelangen. Außerdem geschieht dieses im Interesse der Einsparung von Devisen.

Da wir auf dem Krankenhaugelände ausreichend Platz besitzen, ist für die Angestellten eine neuartige Freizeitgestaltung durchgeführt worden, insonderheit für die Angestellten, die oft wochenlang nicht die Möglichkeit haben, ihre Freizeit außerhalb des Hauses zu verbringen, um sich und ihre Gesundheit für den weiteren schweren Dienst zu stärken (Schwestern). Ich halte es daher für richtig, daß alle diejenigen, die von morgens bis abends im Krankenhaus arbeiten und mit Not und Elend zu tun haben, sich wenigstens einige Stunden am Tage in frischer Luft bewegen. Es sind Teiche angelegt worden, in die wir Karpfen setzen, um diese dann von den Angestellten angeln zu lassen. Hierdurch wird ein Ausgleich für die schwere Arbeit im Beruf geschaffen. Ich war auch damit einverstanden, daß auf die Initiative der Frau Oberin hin im Bad Glettkau für die Schwestern Wochenendhäuser errichtet wurden. Vom Frühjahrsbeginn bis zum späten Herbst brauchen unsere Nachtschwestern nun nicht mehr den ganzen Tag in ihren Nachtstationen zu liegen, sondern können sich in der Freizeit in frischer Luft und Sonne an der See erholen.

Der Krankenhausbetrieb wird ebenfalls immer moderner gestaltet. So habe ich ein neues Röntgeninstitut eingerichtet, das einen Anziehungspunkt für alle Ausländer bilden wird, die sich in der Umgegend Danzigs aufhalten. Sie bringen uns als Einnahme Devisen, die wir in Danzig dringend benötigen. Damit Sie die Tätigkeit der Marxisten von 1920 bis 1933 in Danzig richtig beurteilen können, erwähne ich, daß sie in dieser Zeit 120 Millionen Gulden Devisenschulden gemacht haben, um den Staat zu erhalten.

Wenn Sie berücksichtigen, daß wir jährlich viele Millionen an Zinsen zu zahlen haben, erkennen Sie, was wir als Nationalsozialisten in Danzig arbeiten müssen. Wir wollen aber keine weiteren Schulden machen und tragen die alte Schuld ab, soweit es irgend möglich ist. In dem Augenblick, in dem wir stark genug sein werden, um hierunter einen Schlußstrich ziehen zu können, wird sich diese Sachlage ändern. Bis dahin rechnen wir nüchtern, weil uns die Not dazu zwingt.

Die Schwierigkeit für unser Krankenhauswesen liegt in der in Danzig bestehenden Teuerung. Am 1. Mai 1935 haben wir den Gulden auf 47 deutsche Reichspfennige abwerten müssen. Seitdem ist die Verteuerung der Medikamente um 75 v. H. gestiegen, wohingegen sich die Lebenshaltung im Krankenhaus um 28 v. H. verteuert hat. Vielleicht interessiert Sie in diesem Zusammenhange die Etatisierung des Städtischen Krankenhauses. Wir haben eine Einnahme von 2534750 G. und eine Ausgabe von 2788460 G., mithin einen Zuschußbedarf von 253710 G. An Personal haben wir 447 Seelen, die Schwesternschaft umfaßt 371 Schwestern mit Lernkräften. Aus diesen Angaben mögen Sie ersehen, daß die Etatisierung des Krankenhauses sehr schwierig ist und sich sehr häufig unvorhergesehene Änderungen als notwendig herausstellen. Wir wissen, um ein Beispiel zu erwähnen, nicht, ob wir einen teuren Röntgenapparat zollfrei hereinbekommen oder dafür erheblichen Zoll zu zahlen haben. Weiter darf nicht vergessen werden, daß wir alle Apparaturen doppelt so hoch wie in Deutschland bezahlen müssen. Für Apparate, die Sie in Deutschland für 1000 RM. anschaffen können, haben wir in Danzig 2120 G. ohne Zoll zu bezahlen. Das sind Dinge, die bei einem Krankenhaus, das immer einen Zuschuß erfordert, erheblich ins Gewicht fallen. Außerdem läßt sich die Bilanz eines Krankenhauses nie genau aufstellen, weil man nie weiß, wie hoch man die erworbene Gesundheit des Menschen durch Geld ausdrücken soll. Das Städtische Krankenhaus wurde in 39,03 v. H. aller Krankheitsfälle aufgesucht.

Nun zur Staatlichen Frauenklinik. Die folgenden Daten entnehme ich dem Danziger Ärzteblatt, und zwar aus Arbeiten ihres Leiters, Prof. Dr. *Fuchs*, der für das nächste Jahr zum Präsidenten des Kongresses für Frauenkrankheiten in Deutschland gewählt worden ist. Die Gründung der Danziger Hebammenlehranstalt erfolgte im Jahre 1804. Bei der Belagerung Danzigs im Jahre 1806 wurden die Entbindungen und der Lehrbetrieb unter dem Donner französischer Geschütze durchgeführt. Die Franzosen nahmen in jener Zeit aus Danzig mit, was es an Schönem und Wertvollem gab. Als Danzig 1807 von Preußen abgetrennt wurde, kam die Hebammenlehranstalt nach Elbing, wurde aber 1819 als Entbindungsanstalt wieder von Westpreußen nach Danzig zurückverlegt. Eine erneute Verlegung erfolgte 1880 von Langgarten nach der Sandgrube und 1912 von dort nach Schellmühl. Seit 1920 trägt sie die Bezeichnung „Staatliche Frauenklinik“. Die Klinik verfügt über 325 Betten und besitzt ein auf das modernste eingerichtetes Röntgeninstitut. Ich bin derjenige, der der Staatlichen Frauenklinik bewußt in allererster Linie Zuschüsse zukommen läßt. Dies geschieht aus dem Grunde, weil Polen uns heute noch in der Geburtenzahl übertrifft, unsere Zukunft aber letzten Endes von einem kräftigen und gesunden deutschen Nachwuchs abhängt. Aus diesem Nachwuchs soll das Menschenmaterial hervorgehen, das einmal 100proz. nationalsozialistisch ist, und dafür müssen von uns die Voraussetzungen geschaffen werden. Da die Operationen in der Staatlichen Frauenklinik stark zuneh-

men, ist auch ihre Belegungsstärke zur Zeit sehr gut. Eine Tatsache verdient in diesem Zusammenhang besonderer Erwähnung. Leider gehen viele Frauen von Danzig nach Polen, um drüben zu abortieren und sich von polnischen Ärzten zerschinden zu lassen. Wir haben aber keine Möglichkeit, diese Leute gesetzlich zur Verantwortung zu ziehen. Auch in anderer Hinsicht sind die Verhältnisse hier schwieriger gelagert als im Reich. Einmal haben wir hier mit dem häufigen Auftreten von Geschlechtskrankheiten zu rechnen, weil Danzig Hafenstadt ist, zum anderen werden diese Krankheiten durch das leichte Überwechsellern der Polen über unsere Grenze nach Danzig eingeschleppt. So konnten wir erst vor einigen Tagen gelegentlich einer Razzia eine große Anzahl von Juden aus der Tschechoslowakei und aus dem Sudetendeutschland festnehmen lassen, die von dort geflüchtet sind und versuchen, ihren Aufenthalt in Danzig möglichst lange auszudehnen.

Das Ansehen der Danziger Krankenhäuser dem Hinterland, Polen, gegenüber wird nicht allein durch unsere Bauten, sondern letzten Endes durch die hier tätigen Ärzte gefördert. Ich darf daher noch kurz die Namen einiger Ärzte erwähnen, die in Danzig tätig waren und einen ganz ausgezeichneten Ruf hinterlassen haben: Von 1853 bis 1858 Professor *Albert Wagner*, ein Schüler *Bernhard von Langenbecks*, der als ein Künstler der operativen Knochen- und Gelenkchirurgie bezeichnet werden kann. Er wurde 1858 wegen seiner Fähigkeiten in den Lehrkörper der Albertina-Universität nach Königsberg berufen. Vor Professor *Wagner* war in Danzig von 1830 bis 1842 *Wilhelm Baum* als Chirurg tätig. Er war der Lehrer unseres größten Chirurgen, *Theodor Billroth*, der sich 1858 vergeblich um die Nachfolgerschaft nach Danzig beworben hatte. *Billroth* kennzeichnete seinen unvergeßlichen Meister und Freund in einem für uns Danziger erhebenden Nachruf. Seine Berichte und Arbeiten erregten die Aufmerksamkeit des zuständigen Ministeriums und veranlaßten die Entsendung mehrerer Kommissionen zum Studium der Kranken nach Danzig. *Baum* fand in Danzig die Flimmerbewegung beim lebenden Menschen. Sein Freund, *Karl Theodor von Siebold*, der Leiter der damaligen Hebammenanstalt, wurde später Professor der Zoologie in Erlangen, Breslau und München. *Baum* ging 1842 nach Erlangen und Greifswald, dann 1848 nach Göttingen als Nachfolger *Langenbecks*. Der Chirurg *Block* berichtete 1882 auf dem deutschen Chirurgenkongreß über Lungenreaktionen, die in Danzig mit ihren Ursprung hatten. 1834 waren in Danzig 19 Zivilärzte und 11 Chirurgen beschäftigt. Außerdem gab es 43 Hebammen, Kreis-Tierärzte usw.

Vom ärztlichen Standpunkt aus ist Danzig immer sehr gut versorgt gewesen. Daß wir heute gerne eine Brücke zwischen Vergangenheit und Gegenwart schlagen, ist klar. Ich freue mich besonders, daß wir heute mit den leitenden Ärzten der Danziger Krankenanstalten sehr zufrieden sein können. Was ich sage, ist nicht Eigenlob, sondern entspricht der Auffassung der deutschen Ministerien, die diese Herren als ordentliche Ordinarien aufgenommen haben und damit die Gleichberechtigung ihrer Leistung gegenüber den deutschen Ordinarien anerkannten.

Von den weiteren Krankenhäusern besitzen das Marien-Krankenhaus mit 325 Betten und das Diakonissen-Krankenhaus, das etwas weniger groß und bis zu 80 v. H. belegt ist, konfessionellen Charakter. Diese Anstalten helfen uns sehr weitgehend in der Krankenfürsorge. Die Fürsorgeanstalt Silberhammer ist für Epileptiker, Schwachsinnige und Idioten bestimmt. Die an Tuberkulose Erkrankten haben wir zum Teil nach Deutschland verschicken müssen.

Gelegentlich einer kürzlich erfolgten statistischen Erhebung habe ich festgestellt, daß die Überalterung der Danziger Einwohner außerordentlich stark ist, eine Erscheinung, die ja auch im Deutschen Reich zu beobachten ist. Es ist daher Sorge getragen worden, daß durch Neuankauf geeigneter Unterhaltungsstätten für die Versorgung alles getan ist. Im Ferberhaus sind 70 Schizophrene und Alkoholiker untergebracht. Zur Bekämpfung des Krüppeltums ist das Wessel-Storpheim als Klinik neu eingerichtet worden.

Die ärztliche Versorgung in Danzig wird zur Zeit durch 208 Ärzte gewährleistet. Die Zahl der jüdischen Ärzte hat sich seit dem 1. Januar 1933 bis heute von 49 auf 25, d. h. um 24 jüdische Ärzte vermindert, die nach Übersee gegangen sind, um sich dort niederzulassen.

Damit habe ich Ihnen einen ganz kurzen Abriss und Überblick über unsere Danziger Krankenhäuser und die ärztliche Tätigkeit gegeben. Die Zahlen habe ich nur genannt, um die Schwierigkeiten aufzuzeigen, die für uns manchmal auf dem Gebiete der ärztlichen Versorgung erwachsen. Ich wollte weiterhin zeigen, daß wir genau in demselben Sinne unsere ärztliche Arbeit durchführen, wie es in Deutschland geschieht. Wenn einmal der Zeitpunkt kommt, in dem wir wie Österreich und das Sudetenland vom Führer zum Reich zurückgeholt werden, so kann er die 412000 Danziger offenen Herzens aufnehmen. Danzig wird dem Reiche auf dem Gebiete des Gesundheitswesens keine Schwierigkeiten bereiten.

Vorsitzender: Ich darf Ihnen, Herr Senator, für Ihre Begrüßung unseren herzlichsten Dank aussprechen. Auch danke ich Ihnen sehr für Ihren außerordentlich interessanten Vortrag. Ich freue mich darüber, daß Sie in Ihren Ausführungen über das Fachliche hinausgingen und auf die Probleme des Ostraumes sowie Danzigs hingewiesen haben. Es war mein Wunsch, uns in Danzig nicht nur den fachlichen Dingen des Krankenhauswesens zuzuwenden, sondern auch die Fragen kennenzulernen, die die leitenden Männer in Danzig stark bewegen und die auch für uns von größtem Interesse sind.

Ich möchte nun, gleich zu Punkt 2 der Tagesordnung übergehend, mein Referat erstatten.

2. Der Fürsorgedienst im Krankenhaus.

B.E.: Vizepräsident Dr. Zeitler, Berlin.

Als der Gutachterausschuß im Jahre 1937 eine Zusammenfassung derjenigen Richtlinien und Leitsätze veröffentlichte, die sich auf den „Bau und Betrieb von Krankenanstalten“ beziehen, konnten hierbei die Richtlinien über den Fürsorgedienst im Krankenhaus noch keine Berücksichtigung finden. Jetzt sind die Vorarbeiten so weit gediehen, daß ich Ihnen die Richtlinien heute zur Annahme vorlegen kann.

Gestatten Sie mir einen kurzen Rückblick auf die Entstehung der ersten Richtlinien, bevor wir uns der vorliegenden Fassung zuwenden.

In Deutschland und auch im Ausland waren Ende des 19. und Anfang des jetzigen Jahrhunderts in verschiedenen Krankenhäusern ganz unabhängig voneinander Versuche mit einer sozialen Betreuung der Kranken neben dem ärztlichen und pflegerischen Dienst gemacht worden. Man ging dabei sowohl von dem Gedanken der Beeinflussung der sozialen Verhältnisse durch die Krankheit als auch von der Tatsache der Trennung des Kranken von seiner bisherigen Umwelt aus. Die Erkenntnis, daß nicht Krankheiten an sich behandelt werden sollen, sondern kranke Menschen, die sowohl seelisch als auch körperlich zu er-

fassen sind, führte verschiedene Ärzte dazu, in ihren Bemühungen eine Lücke festzustellen, die sie im Interesse der Kranken auszufüllen wünschten. Sie suchten nach einer Hilfskraft (der Begriff einer Fürsorgerin war damals noch nicht geprägt), die sich ihren Kranken unter anderen Gesichtspunkten widmen sollte, als dies ein Arzt oder eine Schwester übernehmen könnte. Die Ärzte wünschten, daß sich jemand für die Sorgen, durch die die Kranken häufig bedrückt werden und die den Krankheitsverlauf ungünstig beeinflussen, interessieren solle. Es mußte dies jemand sein, der über die erforderlichen Kenntnisse verfügte, um die Kranken sachkundig zu beraten, und der auch in der Lage war, die zur Behebung der Sorgen notwendigen Maßnahmen in die Wege zu leiten. Andererseits brauchten die Ärzte objektive Angaben über einzelne Kranke, über ihr Verhalten vor der Erkrankung, ihre früher überstandenen Krankheiten und über ihre Lebensumstände, die vielleicht für ihren Gesundheitszustand ungünstig gelagert sind, u. dgl. m.

Ebenso wie für die Ärzte sind auch für die Verwaltung der Krankenhäuser objektive Feststellungen über die soziale Lage eines Kranken von Wichtigkeit, wenn er z. B. um Erlaß oder Ermäßigung der Verpflegungskosten bittet oder mit der Einhaltung der Zahlungstermine in Verzug gerät. — Auch ist die Verwaltung an dem möglichst lebhaften Wechsel der Belegung interessiert, um jederzeit Betten für Schwerkranke und „Eilaufnahmen“ zur Verfügung zu haben. Daher ist der unnötig langen Verweildauer entgegenzuarbeiten. Sie werden in den Richtlinien sehen, wie sich hieraus für den Fürsorgedienst die verschiedenartigen Aufgaben ergeben.

Neben diesen rein praktischen Gründen sprachen auch von vornherein mehr ideelle Erwägungen für die Einrichtung des Fürsorgedienstes. Der Erleichterung der Sorgen des Kranken ist schon gedacht worden; aber auch die wichtige Beeinflussung des Kranken im Sinne der richtigen Gesundheitsführung gehört hierher, ebenso die Beratung für die Durchführung der ärztlichen Verordnungen wie z. B. die Erziehung zur pünktlichen Einhaltung der verschriebenen Diät usw.

Schon auf der Sitzung in Pymont im Jahre 1926 konnte Geheimrat *Alter* feststellen, daß die Aufgabe der sozialen Krankenhausfürsorge sich ganz klar im Bereich des Krankenhauswesens entwickelt hat. Es ist das unbestrittene Verdienst von *Alter*, die Abfassung von Richtlinien für den Fürsorgedienst im Krankenhaus und ihre Verabschiedung durch den Gutachterausschuß für das öffentliche Krankenhauswesen schon 1926 veranlaßt zu haben. Schon an diesem ersten Entwurf hat *Fräulein Anni Tüllmann*, die jetzige Geschäftsführerin der Deutschen Vereinigung für den Fürsorgedienst im Krankenhaus, mitgewirkt; sie hatte 10 Jahre vorher schon mit der Einrichtung der sozialen Fürsorge in den Universitätskliniken in Berlin begonnen und reiche praktische Erfahrungen auf diesem Gebiet gesammelt. Die „Deutsche Vereinigung für den Fürsorgedienst im Krankenhaus“ war damals noch nicht vorhanden; aber ihre Entstehung hängt indirekt auch mit der Sitzung des Gutachterausschusses in Pymont, in der die ersten Richtlinien angenommen wurden, zusammen. Die Beratungen, die ihrer Gründung vorausgingen, begannen wenige Wochen nach der Pymonter Sitzung und fanden im Juli 1927 ihren Abschluß. Damit war nun die Stelle geschaffen, die die Fragen des Fürsorgedienstes wissenschaftlich bearbeitet, Propaganda und Werbung für die Ausbreitung des Fürsorgedienstes betreibt, Fachliteratur über ihn sammelt und Auskunft

und Rat für die Einrichtung eines Fürsorgedienstes erteilt. Für die Fortbildung der in der praktischen Arbeit stehenden Krankenhausfürsorgerinnen wird durch Veranstaltung von Lehrgängen gesorgt; durch die regelmäßige Herausgabe eines Mitteilungsblattes über die wichtigsten neuen Gesetze und Erscheinungen in der Fachliteratur wird die praktische Arbeit stark gefördert.

Diese Zentralstelle für den Fürsorgedienst hat sich also nicht nur als notwendig, sondern auch als erfolgreich erwiesen.

Nun zu unseren neuen Richtlinien!

Die Richtlinien sind auf meine Bitte von Fräulein *Tüllmann* entworfen worden und ich möchte diese Gelegenheit benutzen, um ihr im Namen des Gutachterausschusses herzlichen Dank für ihre ausgezeichnete Arbeit zu sagen.

Die Richtlinien gliedern sich in 5 Abschnitte:

Im Abschnitt I wird kurz die *Notwendigkeit der sozialen Arbeit in den Krankenanstalten* begründet, die die Verbindung vom Krankenhaus zur Außenwelt, vom einzelnen Kranken zu seiner bisherigen Umwelt herstellen soll.

Für die Erörterung des *Abschnitts II „Aufgabengebiete“* möchte ich vorausschicken, daß die engste Zusammenarbeit der Krankenhausfürsorgerin mit den Ärzten, Schwestern und der Verwaltung des Hauses den wichtigsten Grundsatz bildet, auf dem die Richtlinien aufgebaut sind. Obgleich es sich bei dem Fürsorgedienst um Einzelmaßnahmen für den einzelnen Kranken handelt, dürfen die Krankenhausfürsorgerinnen niemals außer acht lassen, daß die Krankenanstalt für ihre Insassen die Verantwortung trägt, solange sie bei ihr untergebracht sind. Die Fürsorgerin handelt als Beauftragte und als ein Glied des Hauses, auch wenn sie von einer anderen Stelle in das Krankenhaus entsendet wird. (Hierauf wird später noch zurückzukommen sein.) Sie darf nichts ohne Rücksprache mit dem behandelnden Arzt unternehmen und wird den Stellen außerhalb des Hauses, die sie für ihre Schützlinge interessieren will, stets eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen haben. — Nur mit einer solchen kann sie auf Erfolg rechnen.

Bei der Abfassung der Richtlinien ist davon ausgegangen worden, daß ein hohes Ziel für den Fürsorgedienst aufgezeigt werden soll, obgleich wir uns bewußt sind, daß die vollständige Erreichung zur Zeit vielleicht noch nicht überall möglich sein wird. Aber die Richtlinien bringen so viele verschiedene Anregungen und Hinweise, daß es für jedes Krankenhaus möglich sein wird, danach, seinen Verhältnissen entsprechend, ein Programm für die Einrichtung seines Fürsorgedienstes aufzustellen.

U. a. wird darauf hingewiesen, daß sich die Leistung des Krankenhauses durch den Fürsorgedienst erhöhen läßt. Er soll die Beziehungen zwischen Gesundheitsstörungen und den Lebensumständen eines Erkrankten durch Aufstellen einer sozialen Diagnose klären helfen. Die Fürsorgerin soll den Kranken als Mitglied der Volksgemeinschaft betreuen und von diesem Gesichtspunkt ausgehend ihre Maßnahmen ergreifen.

Zum erstenmal sehen die Richtlinien für den Fürsorgedienst im Krankenhaus die Möglichkeit einer nachgehenden Fürsorge vor. Sie wird sich nur auf diejenigen Kranken zu erstrecken haben, für die keine Fürsorgestellen außerhalb des Krankenhauses vorhanden sind. Es handelt sich hier in erster Linie um die Krebskranken, die dringend einer beobachtenden und nachgehenden Betreuung bedürfen. Bei auswärtigen Patienten oder in den Großstädten mit ihren weiten Entfernungen wird die Familien- oder Kreisfür-

sorgerin, gegebenenfalls die NS.-Schwester oder die Gemeindeschwester, zur persönlichen Betreuung der entlassenen Kranken von der Krankenhausfürsorgerin herangezogen werden müssen. Aber die Verbindung zum Krankenhaus für eine Nachuntersuchung oder eine Fortsetzung der Behandlung muß durch die Krankenhausfürsorgerin aufrechterhalten werden. In der Praxis hat sich ferner ergeben, daß die Krankenhausfürsorgerin sich auch mit dem praktischen Arzt, der seinen Kranken dem Krankenhaus, z. B. für eine Bestrahlungsbehandlung überwie, in Verbindung zu setzen hat, um festzustellen, ob der Kranke sich bei seinem Arzt wieder eingefunden hat. Unbegreiflicherweise versäumen die Krebskranken selbst sehr vieles, auch vorgeschriebene Termine, weil sie sich nicht klar darüber sind, welche Gefahren ihnen durch Zeitverlust drohen. Diese Feststellungen gaben die Veranlassung dazu, die nachgehende Fürsorge für diese Kranken, die unter den Insassen allgemeiner Krankenhäuser in einer erschreckend großen Anzahl vorhanden sind, in das Aufgabengebiet der Krankenhausfürsorgerin mit aufzunehmen.

Ich möchte kurz auf die Beschäftigungstherapie und die Verwaltung der Bücherei hinweisen, die auch in den neuen Richtlinien erscheinen. Diese sollen nicht als obligatorische Aufgaben für die Fürsorgerin angesehen werden. Von der Größe des Hauses wird es abhängen, ob die Fürsorgerin für die eine oder für beide Aufgaben Zeit erübrigen kann. In den größeren Anstalten wird eine besondere Kraft für die Beschäftigung und die Bücherei anzustellen sein, die zweckmäßigerweise der Abteilung „Fürsorgedienst“ angegliedert werden kann.

Der *Abschnitt III* der Richtlinien bringt Vorschläge für die *Organisation* eines Fürsorgedienstes im Krankenhaus. Darin wird auf die beiden Organisationsformen verwiesen, die sich bisher als praktisch für den Fürsorgedienst bewährt haben: die sog. interne und externe Form. Vor 12 Jahren ist kaum erwartet worden, daß sich die externe Form mehr einbürgern würde als die interne. Während in 246 Krankenhäusern im Jahre 1936 der Fürsorgedienst durch eine von außen kommende Fürsorgerin ausgeübt wird, besitzen nur 87 Häuser einen internen Fürsorgedienst. 64 dieser Häuser betrauten eine Schwester des Krankenhauses mit dem sozialen Dienst; in 21 Häusern versieht ihn eine eigene Fürsorgerin und in 2 Häusern ein Mitglied der Verwaltung. Die Frage der Unterstellung ist bei der eigenen Fürsorgerin ganz selbstverständlich zu lösen; aber auch die von außen kommende Fürsorgerin muß der Anstaltsleitung unterstellt sein. Von dieser Unterstellung wird ihr Dienstverhältnis zu der sie entsendenden Stelle nicht berührt. Dringend zu empfehlen ist, daß der Fürsorgedienst hauptamtlich ausgeführt wird, sonst kommt er nicht zur vollen Entfaltung. Für mehrere kleinere Krankenhäuser kann die Arbeit *einer* Fürsorgerin übertragen werden.

Aus dem *Abschnitt IV „Ausbildung der Krankenhausfürsorgerin“* möchte ich besonders den zweiten Absatz unterstreichen, der noch ein Praktikum in der Krankenhausfürsorge vor der Anstellung als Krankenhausfürsorgerin vorsieht, außer der volkspflegerischen staatlichen Ausbildung.

Dies ist besonders erforderlich, wo es sich um die erste Einrichtung in einem Krankenhaus handelt.

Im *Abschnitt V* werden einige grundlegende „Vorschläge für die Aufstellung einer Dienstanweisung für eine Krankenhausfürsorgerin“ gemacht. Solche Vorschläge fehlten in den ersten Richtlinien. Die Notwendigkeit für

eine Dienstanweisung hat sich in der Praxis ergeben, weil es für den Fürsorgedienst erforderlich ist, die richtige Abgrenzung festzusetzen und auf der anderen Seite der Fürsorgerin klarzumachen, was von ihr erwartet wird. Sie muß eine große Anpassungsfähigkeit an die Verhältnisse im Krankenhaus, an die Stellung, die es innerhalb der Stadtverwaltung einnimmt, usw. besitzen. Es muß jedoch vermieden werden, daß die Arbeitskraft der Fürsorgerin von verschiedenen Seiten mit Pflichten belastet wird, die nicht zu ihrem Arbeitskreise gehören.

Abschließend möchte ich noch mitteilen, daß der vorliegenden Fassung der Richtlinien die Mitglieder des Beirats der Deutschen Vereinigung für den Fürsorgedienst zugestimmt haben.

Die Richtlinien, die ich Ihnen heute vorlege, enthalten nicht nur Theorien, praktische Erfahrungen sind in ihnen verwertet! Sie wollen einen Weg zur gesunden Fortentwicklung des Fürsorgedienstes weisen, dessen Einführung jedes größere Krankenhaus jetzt vornehmen sollte.

Diese Richtlinien sollen dazu beitragen, daß der Fürsorgedienst im Krankenhaus seine wichtige Aufgabe zum Besten der Volksgesundheit richtig erfüllen kann.

Aussprache:

Reye: Als praktischer Krankenhausarzt kann ich tagtäglich feststellen, daß wir sehr dankbar sein müssen, die Einrichtung der Fürsorgerin zu besitzen. Leider ist es für gewöhnlich so, daß die Krankenhäuser zu wenig Fürsorgerinnen haben. Bei uns kommen auf 2000 belegte Betten nur 2 Fürsorgerinnen. Ich würde sehr gern mindestens 4 haben. Ein sehr gutes Mittel, eine Vermehrung der Zahl der Fürsorgerinnen bei den Kammereien zu erreichen, scheint mir zu sein, wenn man die Fürsorgerinnen bittet, einmal auszurechnen, wieviel Geld sie dem Staat in einem bestimmten Zeitraum durch ihre Maßnahmen ersparen. Nach Hamburger Feststellungen betragen die ersparten Summen im Laufe eines Vierteljahres unter Umständen viele tausend Mark.

In der Zusammenarbeit mit den Fürsorgerinnen und dem ganzen Fürsorgedienst haben sich für uns nicht die geringsten Schwierigkeiten ergeben, sondern eigentlich immer nur Freude und Befriedigung. Schwierigkeiten entstanden nur dann, wenn von anderer Seite das Bestreben auftrat, den Fürsorgerinnen sozusagen Konkurrenz zu machen. Ein Beispiel: In Hamburg haben wir viele Seeleute in den Krankenhäusern. Da wurde kürzlich bei uns von einem Zweig der NSV. eine „Fürsorgerin“ aus der Gefolgschaft des Krankenhauses bestimmt, die sich der Seeleute besonders annehmen sollte; sie sollte ihnen Blumen und Obst bringen und sie besonders betreuen. So etwas geht natürlich nicht, und hat sofort zur Folge, daß von den anderen Patienten gefragt wird, was das zu bedeuten hat, ob hier Vorrechte bestehen, usw. Nach meiner Ansicht dürften solche sicher gut gemeinten Bestrebungen nur in engster Zusammenarbeit mit dem Fürsorgedienst und der Direktion des Krankenhauses verwirklicht werden. Ich würde es begrüßen, wenn von der NSV. und ihren Gliederungen solche Maßnahmen nicht durchgeführt werden, bevor sie sich nicht mit den beiden genannten Instanzen verständigt hat.

Ein kurzes Wort zur Dienstanweisung: Das Wichtigste ist und bleibt, daß man zu Fürsorgerinnen die richtigen Persönlichkeiten auswählt, die die Dienstanweisung einer Fürsorgerin im Herzen tragen.

Frick: Darf ich namens des Reichsverbandes der freien gemeinnützigen Kranken- und Pflegeanstalten Deutschlands erklären, daß ich hoffe, daß die Richtlinien auch von den unserem Reichsverband angeschlossenen Verbänden übernommen werden? Sie enthalten alles, was zur Instruktion auch der von unseren Verbänden angestellten Krankenhausfürsorgerinnen nötig ist. Ich hoffe auch, daß die freien gemeinnützigen Anstalten der Krankenhausfürsorge in Zukunft ein stärkeres Interesse entgegenbringen werden.

Einen kleinen Wunsch habe ich. In dem Entwurf ist ein neuer Ausdruck „weltliche Seelsorge“ geprägt worden. Ich glaube, daß dieses Wort nicht ohne Bedenken aufgenommen werden wird. Können wir es nicht durch die Worte „für die seelische Beruhigung der Kranken“ ersetzen? Es wird die seelische Beruhigung der Kranken erstrebt. Der Ausdruck „Seelsorge“ umfaßt ein Gebiet, das von altersher der kirchlichen Tätigkeit vorbehalten ist.

Fräulein Tüllmann: Ich darf vielleicht zu diesem Ausdruck etwas sagen. Er stammt von *Eduard Spranger*. Wir dachten, daß er eigentlich das träfe, was wir wollen. Die seelische Beruhigung ist ein Programmpunkt der Krankenhausfürsorge, solange sie existiert. Ich gebe es dem Gutachterausschuß anheim, sich mit einer Umstellung in dem von Pastor Frick gewünschten Sinne einverstanden zu erklären.

Plank: Ich möchte nur eine kurze Bemerkung zu diesen sonst ausgezeichneten Richtlinien machen. Ich bin ein starker Verfechter der Einheit der Familienfürsorge, weniger in diesem Gremium als vor allem im Wohlfahrtsausschuß des Deutschen Gemeindetages. Stets bin ich auch dafür eingetreten, daß dort, wo andere Kräfte als Pflegekräfte des Krankenhauses für die Durchführung von Fürsorgeaufgaben im Krankenhaus herangezogen werden, die Auswahl aus dem Kreise der bewährten Familienfürsorgerinnen erfolgt. Wenn man die Richtlinien jetzt herausgibt, so kann man nicht stark genug betonen, daß es sich hier nicht um eine Spezialfürsorge handelt, sondern nur um eine Ergänzung des Gedankens und des Vollzuges der Familienfürsorge. Alles muß getan werden, um die enge Verbindung zwischen Familienfürsorge außerhalb des Krankenhauses und der Krankenhausfürsorge zu gewährleisten. Dort, wo regelmäßige Arbeitsbesprechungen der Familienfürsorgerinnen unter einer einheitlichen Leitung stattfinden, müssen unter allen Umständen die Krankenhausfürsorgerinnen zugezogen werden. Wenn es möglich ist, würde ich empfehlen, diesen Gedanken der engsten Verbindung mit der Familienfürsorge außerhalb des Krankenhauses noch etwas stärker zum Ausdruck zu bringen.

Rott: In den Richtlinien heißt es, daß eine Fürsorgerin 400 oder 500 Krankenbetten als Arbeitsbereich erhalten soll. Wenn ich mir vorstelle, daß bei diesen 500 Krankenbetten vielleicht ein zehnmaliger Wechsel erfolgt, so besagt das, daß die einzelne Fürsorgerin in 1 Jahr rund 5000 Kranke zu betreuen hat. Ich finde diese Zahl außerordentlich hoch. Entweder muß bei dieser Sachlage die ganze Arbeit der Fürsorgerin allgemein ausgerichtet werden oder es befinden sich unter den 5000 Kranken recht wenig Spezialfälle, in denen die Krankenfürsorgerin im Sinne der Krankenhausfürsorge eingreifen muß. Ich bitte Fräulein *Tüllmann* meine Frage zu beantworten. Ich habe noch eine Frage zu stellen: Vor mehreren Jahren wurde erstmalig eine Übersicht gegeben, wie sich der Fürsorgedienst im Krankenhaus seit seiner Einführung ausgebreitet hat. Eine Fortsetzung dieser Übersicht fehlt. Ich würde Fräulein *Tüllmann* dankbar sein, wenn sie darüber etwas sagte, ob in Deutschland in zunehmender Weise Fürsorgedienst in den Krankenanstalten eingerichtet wird oder ob die Bewegung ins Stocken geraten ist. Letzten Endes fehlt es ja jetzt überall an Kräften. Wenn eine Stockung infolge Kräftemangel eingetreten ist, so ist eine Überlegung am Platze, wie man sich die Beschaffung der Kräfte denkt und ob es möglich sein wird, die nötige Anzahl von Krankenhausfürsorgerinnen zu bekommen. Bei den anderen pflegerischen Berufen leiden wir an einem erheblichen Mangel.

von Buchka: Auch ich begrüße diese Richtlinien außerordentlich und stimme ihnen durchaus zu. Einige Bemerkungen möchte ich dazu machen, und zwar möchte ich namens der kleineren Gemeinden und Gemeindeverbände sprechen. Wenn ich recht verstanden habe, wurde vorher empfohlen, die Fürsorgerin möglichst hauptamtlich anzustellen. Unter Ziffer 6 zu III wird hier gesagt, daß für kleinere Anstalten eine hauptamtliche Fürsorgerin den Fürsorgedienst in mehreren Häusern übernehmen kann. Ich möchte annehmen, daß eine hauptamtliche Fürsorgerin in kleineren Krankenhäusern der Gemeinden oder Gemeindeverbände

vielleicht nicht so viel zu tun hat, daß sie hauptamtlich angestellt werden müßte. Es ist dabei auch an die finanzielle Seite zu denken. Ein durchschnittliches Krankenhaus mit 100 Betten, vielleicht auch weniger, wird wohl kaum eine hauptamtliche Fürsorgerin brauchen. Ich glaube, daß man es in solchen Fällen einmal mit nebenamtlichen Kräften versuchen kann und muß, um dann, wenn die Entwicklung, was sehr wohl der Fall sein kann, günstig ist, zum Ausbau und zur Anstellung einer hauptamtlichen Kraft überzugehen.

Abraten möchte ich allerdings davon, grundsätzlich für mehrere kleinere Anstalten eine hauptamtliche Fürsorgerin zuzulassen. Wenn ich mir vorstelle, daß in meinem Kreis und in den Nachbarkreisen für die Krankenhäuser eine Fürsorgerin vorhanden ist, so kommt jeder Kreis zu kurz. Ich möchte raten, daß nur dort für mehrere kleinere Anstalten eine hauptamtliche Fürsorgerin bestellt wird, wo sich die Anstalten in einer Stadt befinden oder so eng zusammenliegen, daß Schwierigkeiten wegen der räumlichen Entfernung fortfallen. Auch hierbei kann man im Zweifel sein, vor allem aber dann, wenn es mehrere Kreise sind, die eine gemeinsame hauptamtliche Fürsorgerin haben sollen. Praktisch, glaube ich, wird das nicht empfehlenswert sein.

Ich komme also zu dem Ergebnis, es in kleineren Krankenhäusern zunächst einmal mit nebenamtlichen Fürsorgerinnen zu versuchen. Nur für mehrere nicht allzu weit auseinanderliegende Krankenhäuser würde eine hauptamtliche Fürsorgerin gemeinsam zu bestellen sein; grundsätzlich muß sonst jedes Krankenhaus seine eigene Fürsorgerin haben.

Vorsitzender: Wir werden die Anregung des Herrn Landrats *v. Buchka* berücksichtigen und besonders zum Ausdruck bringen, daß die gemeinsame Betreuung nur dann in Frage kommt, wenn eine geeignete Grundlage dafür vorhanden ist. Wenn ich auf die Anregung von Herrn Pastor *Frick* zurückkommen darf, so möchte ich mich seiner Begründung anschließen und seinem Wunsche Rechnung tragen, die Worte „weltliche Seelsorge“ in „seelische Betreuung des Kranken“ zu ändern. Die Worte „seelische Beruhigung“ erscheinen nicht ganz passend.

Distel: In den letzten Tagen bin ich von Amerika aus um bildliches Material über bauliche Anlagen und Einrichtungen für Krankenfürsorge in deutschen Krankenhäusern ersucht worden. Im „Modern Hospital“ sollen die einzelnen Räume, die Anzahl der Zimmer und Einzelheiten des Mobilars veröffentlicht werden.

Da es grundsätzlich wichtig ist, daß Deutschland bei derartigen Veröffentlichungen immer auftritt, bitte ich Sie um das entsprechende Material. Ich werde Ihnen den Anfrager nennen, damit die Veröffentlichung auch von Deutschland aus beschickt werden kann.

Klose: Mit Dr. *Planck* bekenne ich mich zur Familienfürsorge und bedaure, daß die Familienfürsorge in den Richtlinien etwas zu kurz kommt. Ich würde dringend bitten, daß in den Richtlinien niedergelegt wird, daß der Fürsorgedienst im Krankenhaus im Rahmen der Familienfürsorge ausgeübt wird. So haben wir es in unserem großstädtischen Gesundheitsamt stets gehalten, das als eines der ersten Gesundheitsämter den planmäßigen Fürsorgedienst im Krankenhaus eingeführt hat. Das Verfahren hat sich bewährt. Wir sehen in dem Fürsorgedienst im Krankenhaus eine Ergänzungsfürsorge. Die Krankenhausfürsorgerin unterhält mit der Familienfürsorgerin engste Fühlung. Dadurch wird ihr viel Arbeit abgenommen. Es ist ein Unding, wenn die Krankenhausfürsorgerin selbst alle Besuche erledigen will. Dann kommen wir zu den Zahlen von 400—500 Betten, die ich durchaus als die Höchstzahl für eine Krankenhausfürsorgerin bestätigen kann. Diese Bettenzahl für eine Krankenhausfürsorgerin läßt sich aber als Ergänzungsfürsorge im Rahmen der Familienfürsorge sehr wohl vereinbaren.

Der Name „Krankenhausfürsorgerin“ gefällt mir nicht. Wenn wir den Namen „soziale Krankenhausfürsorge“ abgeschafft und durch „Fürsorgedienst im Krankenhaus“ ersetzt haben, können wir nicht die Bezeichnung „Krankenhausfürsorgerin“ bestehen lassen. Das Krankenhaus braucht

keine Fürsorge, sondern der Mensch, der im Krankenhaus untergebracht ist. Die Fürsorgerin für das Krankenhaus ist meines Erachtens für die Landkreise in der Kreisfürsorgerin gegeben. Ich würde es für ganz verkehrt halten, wenn in den Landkreisen besondere Krankenhausfürsorgerinnen angestellt werden. Das ist auch nicht für mehrere Kreise zusammen zu empfehlen. Für die Landkreise liegen die Dinge so, daß sich die Kreisfürsorgerin um die Patienten ihres Bezirkes kümmert, die im Krankenhaus liegen oder daß das Krankenhaus mit der Kreisfürsorgerin Fühlung aufnimmt. Wir haben die Krankenhausfürsorgerin in den Großstädten überhaupt nur eingeschaltet, weil die Ärzte nicht mit 33 Familienfürsorgerinnen verkehren können. In einem Landkreis, wo 3 Kreisfürsorgerinnen sind, hat der Arzt die Möglichkeit, die Fühlung mit ihnen aufrecht zu erhalten. Für die Landkreise erübrigt sich vollkommen die Einrichtung der Stelle einer besonderen Krankenhausfürsorgerin. Das wäre Luxus, den wir uns heute bei der geringen Anzahl Kräfte der Volkspflege- rinnen und Gesundheitspflegerinnen nicht gestatten können. Sie würden damit vollkommene Fehlerarbeit leisten. Außerdem würde ich um eine Präzisierung der Formulierung bitten: „In jedem Fall untersteht die Krankenhausfürsorgerin unmittelbar der Anstaltsleitung“. Das geht in dieser Form auch nicht. Vom Herrn Vorsitzenden haben wir gehört, daß die Krankenhausfürsorgerin größtenteils von außen ins Krankenhaus kommt. Das ist die natürliche Entwicklung gewesen. Wir haben uns darüber klar zu sein, daß der erste Antrieb, diese Dinge weiter vorzutreiben, finanzieller Art war, weil wir der Erscheinung steuern mußten, daß das Krankenhaus aufgesucht wurde, um wirtschaftlichen Nöten zu entgehen. Daher sind dann die Krankenhausfürsorgerinnen von außen her ins Krankenhaus gelangt. Es ist disziplinar untragbar, daß sie mehreren Stellen unterstellt ist. Wenn heute vom Gesundheitsamt oder Wohlfahrtsamt eine Krankenhausfürsorgerin geschickt wird, so lassen sich mit Recht diese Stellen die disziplinäre Einwirkung auf die Fürsorgerin nicht wegnehmen. Es kann nicht so aufgefaßt werden, daß eine andere Stelle die Kraft bezahlt, die dann dem Krankenhaus unterstellt wird. Es kann nur so sein, daß die von außen kommende Fürsorgerin ihren Dienst im Benehmen mit der Krankenhausleitung ausübt, während sie disziplinar der anstellenden Stelle unterstellt bleibt. Auch die Urlaubsregelung usw. muß letzten Endes der Seite überlassen bleiben, die die Bezahlung übernimmt und nicht dem Krankenhaus. Das kann nur dann der Fall sein, wenn das Krankenhaus selbst die Fürsorgerin stellt.

Conti: Das Wort „Familienfürsorge“ ist so zu verstehen, daß mit allen Fürsorgezweigen Verbindung aufrecht erhalten werden muß. Ich möchte verhindern, daß ungewollt der Eindruck entsteht, als ob gesundheitliche Zweige, dort wo sie bestehen, nicht beteiligt werden sollen. Wenn ein Kranker entlassen wird, nachdem er wegen einer Erkrankung, die eine nachgehende Fürsorge erfordert, in ein Krankenhaus kam, so hat diese Fürsorge in Form der entsprechenden gesundheitlichen Familienfürsorge zu geschehen. Es dreht sich hier nicht um Bezeichnungen, sondern das Gesundheitliche soll stärker betont werden. Darum sollte man von gesundheitlicher Familienfürsorge sprechen.

v. Hugo: Schon vor 12 Jahren habe ich bei der ersten Herausgabe der Richtlinien mit großem Interesse mitgewirkt und freue mich daher besonders, daß ich auch jetzt bei der notwendig gewordenen Überarbeitung wieder Gelegenheit finde, einen bescheidenen Beitrag zu diesem meines Erachtens sehr bedeutungsvollen Arbeitsgebiet zu geben. Ich spreche mich grundsätzlich für Annahme des vorliegenden Entwurfs aus und hoffe, daß durch baldige Inkraftsetzung der neuen Richtlinien der weitere Ausbau des Fürsorgedienstes trotz der uns allen bekannten großen Schwierigkeiten einen kräftigen Antrieb erhalten möge. Trotz dieser grundsätzlichen Zustimmung sei es mir aber doch gestattet einige kleine, mehr auf redaktionellem Gebiet liegende Abänderungsvorschläge zur Erwägung zu geben: Zunächst gehört meines Erachtens der Eingangssatz zu II „die Leistung des Krankenhauses pp“ unter I, da darin ein weiteres Moment für die Notwendigkeit

des Fürsorgedienstes liegt. Die „weltliche Seelsorge“ hatte ich mir auch angestrichen, sie ist ja inzwischen schon erledigt. Schließlich scheint mir der Ausdruck „die jederzeitige Verfügungsmöglichkeit“ im vorletzten Absatz zu überprüfen zu sein. Im übrigen empfehle ich nochmals die Annahme.

Bardachzi: Ich möchte mir erlauben, Ihnen kurz über die Verhältnisse bezüglich des Fürsorgedienstes im Krankenhaus in unserem sudetendeutschen Gau zu berichten. Es ist nicht Schuld der sudetendeutschen Ärzte, daß diese auch von uns als unbedingt notwendig gehaltene Institution in unseren Krankenanstalten noch nicht eingeführt werden konnte. Unseren diesbezüglichen Bestrebungen stand stets Unverständnis und Übelwollen unserer seinerzeitigen Behörden entgegen. Als Leiter eines der größten sudetendeutschen Krankenhäuser habe ich mich seit vielen Jahren bemüht, in unserer Anstalt den Fürsorgedienst zu erreichen. Ich hatte das Vergnügen, diesbezüglich mit Fräulein *Tüllmann* zu korrespondieren und wertvolle Anregungen zu erhalten. Ich muß weiter hervorheben, daß von tschechischer Seite wiederholt gemachte Äußerungen, daß die soziale Krankenhausfürsorge schon seit Jahren in der Tschechoslowakei eingeführt sei, nicht zutreffen. Ich selbst kenne kein Spital in der Tschechoslowakei, wo dies der Fall wäre. Ich brauche nicht eingehend zu betonen, wie schwer es mir oft fiel, das Krankenhaus ohne den Fürsorgedienst zu leiten. Am schwersten machte sich dieser Mangel in der Betreuung der Krebskranken fühlbar, umso mehr als wir im sudetendeutschen Gebiete noch kein Strahlenbehandlungsinstitut besitzen und meist keine Möglichkeit bestand, unheilbare Krebskranke menschenwürdig zu versorgen; weiter war besonders das Geschick der vielen unheilbaren Tuberkulösen, für welche die tschechische Staatsführung menschliches Interesse sehr vermissen ließ, in unseren Anstalten bedauernswert und das Bestehen der sozialen Krankenhausfürsorge hätte es oft wohlthätig erleichtern können. Und schließlich will ich hervorheben, wie schmerzlich ich es oft empfunden habe, chronisch kranken Kindern die Vorteile des Fürsorgedienstes nicht zuteil werden lassen zu können.

Unter Führung unseres sudetendeutschen Ärzteführers Dr. *Feitenhansl* arbeiten wir nun ein Programm für die Ausgestaltung unseres Krankenhauswesens aus, in welchem der Fürsorgedienst nicht fehlen wird und hoffen, daß das in unserem Sudetengau bisher Versäumte bald nachgeholt werden kann. Es wird keineswegs leicht sein, die vielen Schäden der 20jährigen Fremdherrschaft in kurzer Zeit zu beheben. Sie wissen, wie viel Elend und Not es in unserem Gau gibt und ich brauche Sie nicht erst zu bitten, unsere Aufbauarbeit zu unterstützen.

Fräulein Tüllmann: Ich danke allen sehr herzlich, daß Sie sich so eingehend mit den Richtlinien beschäftigt haben und möchte abschließend zu den Diskussionsbemerkungen noch etwas sagen. Prof. Dr. *Reye* aus Hamburg hat den gewiß sehr begrüßenswerten Vorschlag gemacht, einmal auszurechnen, wieviel eine Fürsorgerin ersparen kann. Von der Überlegung aus, „Wie sage ich es meinem Kämmerer“, ist das gewiß sehr gut und nützlich. Mir sind die Zahlen der Hamburger Krankenhausfürsorge bekannt. Die Ziffern habe ich auch sehr oft im angegebenen Sinne verwendet. Aber es besteht dabei auch ein Bedenken: wir dürfen die Krankenhausfürsorge nicht auf das rein Wirtschaftliche abdrängen. Die Krankenhausfürsorge soll in erster Linie, wie Staatsrat Dr. *Conti* es auch erwähnte, eine Gesundheitsfürsorge sein. Ich habe mich bemüht, diesen Gedanken immer wieder in den Richtlinien zum Ausdruck zu bringen, soweit ich die Richtlinien selbst bearbeitet habe. Es ist meine eigenste Erfahrung, daß wir, die wir von dem kranken Menschen ausgehen, das Ziel haben, an seiner Gesundung mitzuarbeiten. Daß sich das sehr oft wirtschaftlich auswirkt, liegt in der Natur der Sache. Wenn ein Tuberkulöser ein Bett erhält, weil er sonst mit jemand anderem sein Bett teilen müßte, so ist das eine wirtschaftliche Maßnahme. Aber die wirtschaftliche Maßnahme wird nicht ergriffen, weil der schlechten pekuniären Lage des Kranken gesteuert werden soll, sondern sie geschieht im Interesse eines Kranken und zur Besserung seiner Gesund-

heit. Deshalb soll man wohl die Ersparnisse verwerten, sie aber nicht in bezug auf die Krankenhausfürsorge zu stark betonen.

Dr. *Planck* und Dr. *Klose* haben ein altes Thema angerührt. Ich möchte dazu sagen: die Krankenhausfürsorge in Deutschland kann gar nicht ohne die Familienfürsorge arbeiten! Es ist für uns ganz selbstverständlich, daß die Familienfürsorge mit einbegriffen wird. In den Städten, wo man von der Familienfürsorge her einsetzt, wie z. B. in Kiel, hat sich dieser Weg ausgezeichnet bewährt. Die Fürsorgerin ist hauptamtlich tätig und betreut die Kranken im Krankenhaus, ich kann es nicht anders ausdrücken, als Krankenhausfürsorgerin. Ich glaube versichern zu können, daß die Krankenhausfürsorgerin niemals etwas tut, was eigentlich Aufgabe der Familienfürsorge sein soll, sie hat ja gar keine Zeit dazu. Die Zusammenarbeit aller Stellen wird immer wieder mit Recht gefordert. Ohne sie können wir gar nicht auskommen. Aber trotz dieser Zusammenarbeit muß ich Prof. Dr. *Rott* Recht geben, 400—500 Betten sind für eine Fürsorgerin sehr viel; ich habe mich nur sehr schwer zu dieser Zahl bereden lassen. Aber bei dem vorhandenen Mangel an Kräften und auch an Geld müssen wir bei dieser Zahl bleiben. Ich weiß ganz genau, daß zahlreiche Krankenhausfürsorgerinnen zur Zeit leider viel mehr Betten betreuen. Aber so soll es doch nicht bleiben. Denn in den Richtlinien ist, wie Dr. *Zeitler* sagte, ein Ziel aufgezeigt, das ein besseres und hohes Ziel darstellt. Wir wollen nicht aus dem augenblicklichen Mangel an Hilfskräften heraus eine Einengung festlegen. Wir müssen schon etwas fordern, was gegenwärtig noch nicht erreicht ist; nur so werden wir überhaupt etwas erzielen. Allerdings, wenn diese Zahlen irgendwie herabgesetzt werden könnten, so würde das am meisten die Deutsche Vereinigung für den Fürsorgedienst im Krankenhaus begrüßen. Prof. Dr. *Rott* hat mich gefragt, wie die Ausbreitungstendenz ist. Sie ist zur Zeit infolge Mangel an Fürsorgekräften nicht mehr so günstig wie in den Jahren 1927, 1928 und 1929 und wie sie auch noch zunächst nach dem Umbruch war. Zur Zeit kommen viele Anfragen: Es besteht der Wunsch, eine Fürsorge einzurichten; aber wo nehmen wir die Kräfte her?

Darauf möchte ich antworten, daß es schließlich immer gelungen ist, eine Krankenhausfürsorgerin zu finden; man darf aber nicht müde werden, zu suchen. Kein Krankenhaus soll sagen, daß es nicht anfangen könne, weil es keine Fürsorgerinnen gibt — das wäre falsch. Es gibt welche. Die Deutsche Vereinigung wird immer helfen, Fürsorgerinnen zu suchen.

Die Frage der hauptamtlichen Fürsorgerin hat Dr. *Zeitler* schon klargestellt. Deshalb kann ich jetzt auf die Frage der Unterstellung eingehen. Natürlich soll die Fürsorgerin, die von außen kommt, der entsendenden Stelle unterstellt bleiben. Andererseits wird aber ein Krankenhausleiter nicht jemand in seinem Hause ein- und ausgehen sehen wollen, der ihm nicht auch unterstellt ist. Ich bin selber lange Jahre von außen kommend, durch die Kliniken gegangen und habe mich immer dem Verwaltungsdirektor und dem jeweiligen ärztlichen Direktor der Klinik als unterstellt betrachtet. Wenn ich etwas für die Klinik brauchte, mußte ich ja zum Direktor gehen. Ich mußte seine Erlaubnis haben, um überhaupt hineinzukommen. Der Urlaub der Fürsorgerin wird natürlich von der entsendenden Stelle geregelt. Die Urlaubszeit muß aber in den Betrieb des Krankenhauses hineinpassen. Man muß schon in diesem Falle die Unterstellung unter 2 Stellen bestehen lassen. Aus Erfahrung kann ich wirklich sagen, daß die Sache in vielen Krankenhäusern glatt verläuft.

Ich bin damit am Ende meiner Ausführungen und möchte noch meiner großen Freude und meinem Dank Ausdruck geben, daß Sie alle an der Weiterentwicklung des Fürsorgedienstes mitwirken wollen. Diese Weiterentwicklung möchte ich unter ein Wort von *Alfred Rosenberg* stellen:

Pflicht und Aufgabe eines Jeden ist es, die neugestellten Aufgaben der Nation immer wieder von neuem zu erfassen und ihnen in Ehrfurcht zu dienen.

Der **Vorsitzende** stellte die Richtlinien in folgender Fassung fest:

Richtlinien für den Fürsorgedienst im Krankenhaus.

Herausgegeben im November 1938 vom Gutachterausschuß für das öffentliche Krankenhauswesen und vom Reichsverband der freien gemeinnützigen Kranken- und Pflegeanstalten Deutschlands, unter Mitarbeit der Deutschen Vereinigung für den Fürsorgedienst im Krankenhaus.

Das Krankenhaus ist eine Einrichtung der sozialen Fürsorge, deshalb müssen die dort untergebrachten Kranken nicht nur hinsichtlich ihres körperlichen Zustandes, sondern auch entsprechend ihrer seelischen Verfassung und wirtschaftlichen Lage betreut werden.

I. Notwendigkeit für soziale Arbeit in Krankenanstalten.

Sie ergibt sich aus folgender Erkenntnis:

1. Der erkrankte Mensch bleibt während seiner Krankheit und während seines Aufenthaltes im Krankenhaus mit den verschiedensten Kreisen verbunden, die sich mit dem Krankenhaus selbst nicht berühren. Es ist wünschenswert, daß der Kranke die Fühlung mit den Kreisen außerhalb des Krankenhauses nicht verliert, weil es für den Verlauf und den Erfolg der Behandlung wichtig ist, daß der Kranke vor Sorge und Unruhe bewahrt bleibt.

2. Der neuaufgenommene Kranke tritt dem Krankenhausarzt meist als Fremder entgegen. Über ihn objektive Auskunft zu erhalten, ist für den Krankenhausarzt unerlässlich.

3. Die Verwaltung benötigt ebenfalls Angaben über die soziale Lage des Kranken zur Feststellung des Kostenträgers.

4. Die Leistung des Krankenhauses wird durch den Fürsorgedienst erhöht.

II. Aufgabengebiete.

1. Der Fürsorgedienst ist berufen, die Verbindung des Kranken aus der abgeschlossenen und engbegrenzten Welt des Krankenhauses nach außen zu seiner Umwelt, zu allen in Betracht kommenden öffentlichen und privaten Organisationen herzustellen. Der Fürsorgedienst ergänzt somit als dritter Dienst im Krankenhaus den ärztlichen und pflegerischen Dienst. Hierdurch wird eine Gemeinschaftswirkung des Krankenhauses gefördert, die im Gegensatz zu seiner früheren Isolierung hergestellt werden muß.

2. Der Fürsorgedienst ist an der Klärung der sozialen Beziehungen zu den Gesundheitsstörungen zu beteiligen. Eine genaue soziale Diagnose kann für die medizinische Diagnose und die Therapie von Wichtigkeit sein. Der Krankenhausarzt braucht in vielen Fällen zur Aufstellung eines Heilplanes objektive Auskunft, z. B. über die bisherige soziale Lage des Kranken oder über seine Erbanlagen. Meistens erhält der Arzt nur mehr oder weniger subjektive Mitteilungen vom Kranken selbst, von seinen Angehörigen oder seinen Freunden. Dagegen erweist sich die Beauftragung einer geschulten Krankenhausfürsorgerin zur schnellsten Sammlung und Sichtung von Mitteilungen über den neu aufgenommenen Kranken als sehr nützlich.

3. Der Fürsorgedienst soll dazu beitragen, daß der Kranke nicht nur als Einzelpersonlichkeit, sondern als Mitglied der Volksgemeinschaft betreut wird. Hieraus ergibt sich für das Krankenhaus die Aufgabe, die Gesundung des Kranken so rasch und so vollständig wie irgend möglich zu bewerkstelligen. Dieses Ziel ist mit dem ärztlichen und pflegerischen Dienst allein nicht zu erreichen. Der Fürsorgedienst ist daher vom Krankenhaus heranzuziehen:

a) Für die Einleitung einer Behandlung, gleichviel, ob sie stationär oder ambulant sein wird. Er soll versuchen, die etwa vorhandenen seelischen Hemmungen und äußeren Hindernisse zu beseitigen.

b) Bei Eil- oder Notaufnahmen, die die schnelle Herstellung einer Verbindung zur Familie oder dem Arbeitgeber eines Kranken erforderlich machen. Weder der Arzt noch das Pflegepersonal haben hierfür Zeit.

c) Für die soziale Betreuung eines stationären Kranken. Hier gilt es, eine seelische Betreuung des Kranken zu erstreben, die ein Kranker, der nicht im Krankenhaus, sondern in der häuslichen Gemeinschaft gepflegt wird, durch eingehende

Aussprache mit seinen Angehörigen und Hausgenossen finden kann. Auch der Hausarzt widmet sich meist längere Zeit seinem Kranken, als dies dem vielfach stärker in Anspruch genommenen Stationsarzt möglich ist. Im Krankenhaus überkommt den Kranken leicht ein Gefühl der Verlassenheit und der Hilflosigkeit, das die Fürsorgerin beheben soll. Sie darf zwar keine Beschwerden entgegennehmen, kann aber mit der Erklärung unverstandener ärztlicher Vorschriften und Verordnungen viel zur Beruhigung des Kranken und zur Festigung des Vertrauens zum Arzt beitragen.

Ist der stationäre Kranke durch familiäre Schwierigkeiten oder durch die schlechte wirtschaftliche Lage der zurückgebliebenen Familie beunruhigt, kann er seine Sorgen der Fürsorgerin mitteilen, die sie nach Möglichkeit beheben oder wenigstens erleichtern wird. Zwistigkeiten mit Familienangehörigen auszugleichen oder Hilfe in wirtschaftlicher Not zu finden, wird der Fürsorgerin dank ihrer Schulung und Erfahrung fast immer gelingen. Auch hat sie darauf zu achten, daß der Kranke seinen Verpflichtungen, wie z. B. Miets- und Steuerzahlungen, nachkommt, die Wahrnehmung von Terminen nicht versäumt, und für Ausländer die rechtzeitige Verlängerung der Aufenthaltserlaubnis erwirkt wird.

Stationären Kranken ist die Stellung von Anträgen an Behörden oder Versicherungsträgern abzunehmen. Auch ist für sie die Einleitung von Rentenverfahren zu erledigen; dabei ist jedes übertriebene Rentenbegehren in richtiger Form zurückzuweisen.

d) Für die Verlegung in Sanatorien, in Heilstätten oder Altersheime oder Siechenhäuser. Sie wird in Zusammenarbeit mit der offenen Gesundheitsfürsorge, den Gesundheits-, Jugend- und Wohlfahrtsämtern, den Versicherungsträgern, der NSV., den konfessionellen Verbänden u. ä. geregelt, gleichfalls die Beschaffung von Heilmitteln, Pflegezulagen und Prothesen aller Art.

e) Für die nachgehende Fürsorge der zu entlassenden Kranken, um die Verweildauer, wenn möglich, abzukürzen. Die Entlassung erfordert eine sorgfältige Vorbereitung, damit eine Gefährdung des Heilerfolges vermieden wird. Die Feststellung, ob die Möglichkeit einer Schonung für den Rekonvaleszenten in seiner Häuslichkeit vorhanden ist, muß rechtzeitig vorgenommen werden. Für alleinstehende Kranke ohne eigene Wohnung ist für eine geeignete Unterkunft zu sorgen. Gegebenenfalls ist eine Hauspflege zu bestellen, die auch die Abholung eines noch hilflosen Kranken übernimmt.

f) Für bestimmte Gruppen von entlassenen Kranken, für die erforderlich sein kann, daß die Fürsorgerin eine weitere vorläufige Beobachtung oder Betreuung selbst übernimmt. Während diejenigen Kranken, für die eine Fürsorgestelle besteht, dieser zu überweisen sind, hat die Krankenhausfürsorgerin z. B. für Krebskranke die Verbindung zum nachbehandelnden freipraktizierenden Arzt aufzunehmen und ihm im Auftrage des Krankenhausarztes eingehend über den entlassenen Kranken zu berichten. Sie hat darauf zu achten, daß die Krebskranke die vom Arzt bestimmten Untersuchungstermine innehalten, und dafür Sorge zu tragen, daß die verordnete Wiederholung einer Behandlung (Strahlentherapie) von den Kranken nicht versäumt wird. Der freipraktizierende Arzt kann die Fürsorgerin in solchen Fällen für die Betreuung früherer Krankenhauspatienten heranziehen. Durch eine solche Zusammenarbeit wird die fortlaufende Behandlung gewährleistet.

g) Für die Verwaltung einer Bücherei, die der Zerstreuung, Unterhaltung und Belehrung der Kranken dient. In kleineren Krankenhäusern mit beschränktem Umfang der Bücherei kann sie der Fürsorgerin übertragen werden. Die Ausgabe der Bücher bietet eine gute Gelegenheit zum Kennenlernen fast aller Kranken. In größeren Krankenhäusern ist jedoch zu befürchten, daß diese Arbeit — vom bibliothekarischen Gesichtspunkte aus gesehen — etwas dilettantisch erledigt werden würde; außerdem würde die Fürsorgerin durch dieses Nebenamt zu stark belastet werden. Ähnliche Bedenken erheben sich dagegen, der Krankenhausfürsorgerin die Beschäftigung der Kranken als Aufgabengebiet zu übertragen.

Hier und da mag es einer Fürsorgerin gelingen, Zeit für eine Nähstunde auf einer Frauenstation oder für eine Spielstunde auf einer Kinderstation zu erübrigen; aber als Pflichtaufgabengebiet sollte weder die Verwaltung der Bücherei noch die Unterhaltung und Beschäftigung der Kranken für die Fürsorgerin gelten. Das Ziel muß sein, je eine geschulte Kraft für die Bücherei und die Krankenbeschäftigung einzustellen, die gegebenenfalls als Mitarbeiterin der sozialen Abteilung eingegliedert werden kann.

Ebensowenig sind der Fürsorgerin Schreivarbeiten für die Verwaltung oder medizinische Hilfeleistungen für den Arzt zu übertragen.

4. Die Krankenhausfürsorgerin hat erzieherische Aufgaben zu erfüllen: Sie soll in gemeinsamer Arbeit mit dem Arzt die Kranken auf die Pflicht zur Gesundheit hinweisen. Erbkrankte soll sie mit dem Gedanken der Sterilisation ausöhnen und Verständnis für das Opfer, das die Erbkranken der Allgemeinheit bringen müssen, wecken.

5. Alle diese Arbeitsgebiete sind in engster Zusammenarbeit mit den in Betracht kommenden Ärzten, Schwestern und der Verwaltung des Krankenhauses einerseits und mit den gesundheitsfürsorgerischen Einrichtungen der offenen Fürsorge unter Beteiligung der Familienfürsorge andererseits durchzuführen.

III. Organisation.

1. Für die Organisation des Fürsorgedienstes im Krankenhaus haben sich zwei Formen bewährt, die als interner oder externer Fürsorgedienst bezeichnet werden.

a) Die erste Form pflegt meistens durch eine Schwester oder eine Fürsorgerin des Hauses ausgeübt zu werden.

b) Die zweite Form bringt die von außen kommende Fürsorgerin in das Krankenhaus.

2. Jede der beiden Formen hat ihre Vor- und Nachteile. Drei Gesichtspunkte werden bei der Entscheidung, welche Form ein Krankenhaus wählen will, zu beachten sein:

a) Die Größe des Hauses.

b) Ob zum Hause ein Ambulatorium oder eine Poliklinik gehört.

c) Die örtlichen Verhältnisse auf sozialhygienischem und wohlfahrtspflegerischem Gebiet.

3. Für beide Formen ist nach den bisher gesammelten Erfahrungen folgender Grundsatz aufzustellen:

In einem Allgemeinen Krankenhaus sollten nicht mehr als *höchstens* 400—500 Krankenbetten zum Arbeitsbereich einer Fürsorgerin gerechnet werden.

4. Eine stark in Anspruch genommene Ambulanz oder Poliklinik erfordert eine eigene Fürsorgerin.

5. Wird eine von außen kommende Fürsorgerin beschäftigt, so muß sie den Fürsorgedienst im Krankenhaus hauptamtlich ausüben, besonders in größeren Anstalten. Sie wird am besten aus dem Kreise der Familienfürsorge gewählt.

6. Für kleinere Anstalten kann eine hauptamtliche Fürsorgerin den Fürsorgedienst in mehreren Häusern übernehmen, wenn sie nicht allzuweit auseinander liegen.

7. Die Krankenhausfürsorgerin untersteht in ihrer Arbeit der Anstaltsleitung; disziplinar untersteht sie der Stelle, welche sie angestellt hat.

IV. Ausbildung der Krankenhausfürsorgerin.

1. Für die Anstellung als Krankenhausfürsorgerin verdienen Gesundheitspflegerinnen den Vorzug. Aber auch staatlich anerkannte, fürsorgerisch schon erfahrene Volkspflegerinnen können in Betracht kommen; erwünscht ist es, daß sie gewisse Kenntnisse in krankenpflegerischer Beziehung besitzen.

2. Der Anstellung als Krankenhausfürsorgerin sollte ein Praktikum von einigen Monaten unter Leitung einer erfahrenen Krankenhausfürsorgerin vorangehen.

3. Nur durch wirklich gut geschulte Kräfte, die sich auch über alle einschlägigen Fragen auf dem laufenden halten, kann der angestrebte Erfolg des Fürsorgedienstes erreicht werden.

V. Vorschläge für eine Dienstanweisung der Krankenhausfürsorgerin.

1. In der Dienstanweisung muß die Vielgestaltigkeit der Arbeit des Fürsorgedienstes deutlich zum Ausdruck kommen. Neben den praktischen Aufgaben, die zum großen Teil durch eine vermittelnde Tätigkeit erledigt werden können, soll die Dienstanweisung die Wichtigkeit der mehr ideellen Aufgabengebiete für die Krankenhausfürsorgerin betonen. Auch muß der Krankenhausfürsorgerin von vornherein klargemacht werden, daß die fürsorgerische Aufgabe, die sie im Krankenhaus zu erfüllen hat, ganz besondere Anforderungen an ihre Hingabe und Pflichterfüllung stellen wird. Darin muß die Krankenhausfürsorgerin mit Arzt und Schwester wetteifern.

2. Es ist besonderer Wert auf die enge und verständnisvolle Zusammenarbeit mit allen im Krankenhaus Tätigen und auf den ungehinderten Besuch der stationären Kranken zu legen. Dem Besuch soll zweckmäßigerweise eine Rücksprache mit dem Arzt und Schwester vorangehen. Für den Besuch der Stationen und für Kranke, die die Fürsorgerin in ihrem Sprechzimmer aufsuchen wollen, sind bestimmte Zeiten festzusetzen.

3. Die Dienstanweisung soll einen Hinweis auf die Amtsverschwiegenheit enthalten, außerdem eine Anweisung, jede Einmischung in ärztliche Anordnungen und in die Krankenpflege zu unterlassen. Auch dürfen keine Klagen und Beschwerden hierüber von der Fürsorgerin entgegengenommen werden.

4. Für besonders dringende Fälle muß die Krankenhausfürsorgerin unmittelbar über bescheidene Geldbeträge verfügen können, über deren Verwendung sie sorgfältig Buch zu führen hat. Hierdurch kann sie unter Umständen zur Beschleunigung einer Entlassung beitragen und damit Kosten ersparen helfen.

5. Für die Fürsorgerin ist ein besonderes Arbeitszimmer (mit Fernsprecher) erforderlich, wo sie ungestört mit ihren Schützlingen verhandeln kann.

3. Vertrauensarzt und Krankenhaus.

B.E.: Dr. Walter, Leiter des Amtes für Volksgesundheit im Hauptamt für Volkswohlfahrt in der Reichsleitung der NSDAP.

Wenn man die Frage „Vertrauensarzt und Krankenhaus“ erörtern will, muß man von grundsätzlichen Gesichtspunkten und von einer Betrachtung der bisherigen Entwicklung ausgehen. Als wir 1933 die Krankenversicherung übernahmen, standen wir vor einer keineswegs angenehmen und leichten Aufgabe. Von den verschiedensten Seiten wurde eine Fülle von Forderungen auf Änderung der Rechtsgrundlagen und der praktischen Arbeit erhoben. So wurde insbesondere gefordert, möglichst schnell den vertrauensärztlichen Dienst aus den Krankenkassen zu entfernen. Übereinstimmend haben demgegenüber der Reichsärztführer und die Krankenversicherungsfachleute erklärt, daß dies Gebiet nur mit größter Vorsicht in der Form behandelt werden dürfte, den vertrauensärztlichen Dienst umzubauen und wirkungsvoller zu gestalten. Dies hatte triftige Gründe: In der Scheinblüte des Jahres 1929 verfügte die Krankenversicherung über Einnahmen von 2,3 Milliarden RM., 1933 hatte sie dagegen nur 1,18 Milliarden Einnahmen. Es stand also nur die Hälfte des früheren Betrages zur Verfügung und mit diesem mußte nun die aufbauende gesundheitsfürsorgende Arbeit unter dem Motto: „Schaden verhüten ist besser, als Schaden heilen“ geleistet werden. Dies war nur erreichbar bei sorgsamster Steuerung der Ausgaben. In den folgenden Jahren hat dann die Aufwärtsentwicklung der Wirtschaft wohl die Mitgliederzahlen der Krankenversicherung auf den früheren Hochstand von 1929 gebracht, aber noch nicht die Einnahmen. Diese betragen auch 1937 1,6 Milliarden und lagen damit um 700 Millionen unter dem Stand von 1929. Der Grund hierfür liegt insbesondere darin, daß frühere übersteigert hohe Beiträge auf das tragbare Maß gebracht sind. Da eine Beitragserhöhung gemäß der Preisstopverordnung nicht in Frage kommt, ist also die Krankenversicherung nach wie vor zu sparsamster Haushaltsführung gezwungen.

Dieser Zwang wird noch dadurch verstärkt, daß im Zuge des Vierjahresplanes zahlreiche Umstände eingetreten sind, die Ausgabensteigerungen der Krankenkassen mit sich bringen. So sind nach Beseitigung der Arbeitslosigkeit in großer Zahl Frauen und Volksgenossen in höheren Lebensaltern in den Arbeitsprozeß eingegliedert worden; diese stellen ungünstige Risiken für die Krankenversicherung dar. Zehntausende von Arbeitern sind in andere Berufe überführt, die höhere körperliche Anforderungen stellen. Die Beschäftigung an den Befestigungsanlagen im

Westen brachte für die meisten Arbeiter eine tiefgreifende Umstellung ihrer Lebensgewohnheiten, insbesondere der Ernährung mit sich. Dazu kommt die allgemeine Höherbeanspruchung, die insbesondere ihren Ausdruck in der Verlängerung der Arbeitszeit findet.

Alle diese Faktoren haben zu einer Erhöhung des Krankenstandes geführt. Welche Bedeutung eine auch nur geringfügige Erhöhung des Krankenstandes hat, können Sie daran ermessen, daß bei 22 Millionen Versicherten 1 v. H. Krankenstand 220000 Kranke und damit mehr als 100 Millionen Krankengeld bedeutet. Vor allem aber bedeutet dies den Ausfall von 220000 Arbeitskräften, in einem Augenblick, in dem unsere Wirtschaft nur unter Anspannung aller Kräfte die ihr gestellten großen Aufgaben erfüllen kann.

Eine ungerechtfertigte Überhöhung des Krankenstandes zu vermeiden, ist nicht nur Sache der Krankenkassen, sondern auch der Ärzteschaft und aller anderen an der gesundheitlichen Betreuung unseres Volkes mitarbeitenden Stellen, also auch der Krankenhäuser. Sie erfordert intensive und vertrauensvolle Zusammenarbeit aller Beteiligten.

Eine solche Gemeinschaftsarbeit ist nicht minder wichtig zur Erfüllung der bevölkerungspolitischen Aufgaben. Die Steigerung der Geburten hat die Aufwendungen der Krankenkassen für Wochenhilfe und Familienwochenhilfe gegenüber 1933 um mehr als 60 v. H. erhöht. Wir können nur wünschen, daß sie recht stark weitersteigen. Aber die hierfür erforderlichen Mittel dürfen nicht durch unnötige Ausgaben auf anderen Gebieten gefährdet werden. Andererseits ist die Säuglingssterblichkeit noch nicht in dem wünschenswerten Ausmaß zurückgegangen. Hier muß also noch viel geschehen. Auch hierfür müssen also steigende Mittel bereitgestellt werden.

Diese Tatsachen, die natürlich nur Ausschnitte aus dem Gesamtkomplex der Fragen darstellen, dürften Ihnen zur Genüge bewiesen haben, wie wichtig der vertrauensärztliche Dienst ist und wie mannigfache Gesichtspunkte er bei seiner Tätigkeit zu berücksichtigen hat. Er kann diese Aufgaben nur in vertrauensvoller Zusammenarbeit mit allen in Frage kommenden Stellen bewältigen.

In diesem Sinne habe ich schon seit 1924 die Zusammenarbeit von Vertrauensarzt und Krankenhausarzt gefordert.

Es geht nicht an zu sagen: sobald sich die Pforten des Krankenhauses hinter dem Versicherten geschlossen haben, sei es lediglich eine Angelegenheit des Krankenhauses, was mit dem Patienten geschieht. Der Vertrauensarzt ist der gegebene Vermittler zwischen dem Krankenhaus und der Krankenkasse, aber auch der Abteilung „Krankenversicherung“ der Landesversicherungsanstalt. Gerade die Verbindung zwischen dem Träger der Gemeinschaftsaufgaben und dem Krankenhaus ist sehr wichtig.

Hierfür ein Beispiel: Ein Tuberkulosekranker soll in 14 Tagen entlassen werden. Falls er vorher in einem ungeeigneten Beruf tätig war, muß rechtzeitig dafür gesorgt werden, ihm einen Arbeitsplatz zu sichern, auf dem er ohne Gefahr für seine Gesundheit seine körperlichen und geistigen Fähigkeiten möglichst wertvoll einsetzen kann. Hierzu bedarf es der Mitarbeit des Arbeitsamtes, unter Umständen auch der NSV., des Amtes für Volksgesundheit und des staatlichen Gesundheitsamtes. Mit allen diesen Stellen steht der vertrauensärztliche Dienst ständig in Verbindung.

Es muß immer wieder betont werden, daß der vertrauensärztliche Dienst heute etwas ganz anderes darstellt als früher. Früher hatte der Vertrauensarzt nur die Untersuchung auf Arbeitsfähigkeit und die Nachprüfung der Sachleistungen und Verordnungen; mit der positiven oder negativen Entscheidung war die Angelegenheit erledigt. Heute muß der Vertrauensarzt den Fall zu Ende denken, unter dem Gesichtspunkt, den Kranken möglichst schnell und durchgreifend zu heilen. So stellt es durchaus ein Zuendedenken dar, wenn der Vertrauensarzt von sich aus den Kranken zur Behandlung oder zur Sicherung der Diagnose ins Krankenhaus einweist.

Die Einweisung ins Krankenhaus trifft aber wirtschaftlich nicht nur die Krankenkasse, sondern auch den Versicherten. Für den Versicherten ist es schon ein Unglück, wenn er krank wird. Das Abgleiten der sozialen Lage darf nicht noch dadurch verschärft werden, daß er seine Krankheit selbst bezahlen muß. Wie sieht es aber in der Praxis aus? Ein Familienangehöriger muß ins Krankenhaus; er wird auch ohne weiteres aufgenommen, und der Fürsorgeverband sorgt zunächst für die Bezahlung der ungedeckten Kosten. Dann aber soll die Rückzahlung erfolgen. Ein Arbeiter, der 40 RM. oder noch weniger in der Woche verdient, soll für einen langen Zeitraum Woche für Woche 5 oder 10 RM. abzahlen. Bei diesem Mann ist es mit der Popularität der Sozialversicherung und des Krankenhauswesens für sehr erhebliche Zeit vorüber.

Aus den Zahlen der letzten Jahre läßt sich gerade auf diesem Gebiet eine erfreuliche Entwicklung erkennen. Im Jahre 1929 wurden bei 2,3 Milliarden Einnahmen der Krankenversicherung 47,8 Millionen RM. für die Krankenhauspflge der Familienangehörigen der bei den Pflichtkrankenkasernen Versicherten ausgegeben. Dieser Posten war bis 1932 um 20 Millionen auf 27 Millionen gesunken. Jetzt ist diese Summe auf 54,1 Millionen gestiegen, liegt also um 6 Millionen höher als 1929.

Unter solchen Gesichtspunkten muß die Frage der Zusammenarbeit des vertrauensärztlichen Dienstes mit den Krankenhäusern betrachtet werden. Ich will nicht bestreiten, daß dies noch nicht überall geschieht. Wir müssen aber dahin kommen, daß in diesem Sinne eine einheitliche Linie erreicht wird.

Vor allem muß im Kampf gegen die Volkskrankheiten, insbesondere die Tuberkulose, die Zusammenarbeit von vertrauensärztlichem Dienst und Krankenhaus verstärkt werden. Es kommt darauf an, den besonderen Bedarf zu ermitteln und zu untersuchen, wie sich die Sozialversicherung noch stärker auf die Tätigkeit der Krankenhäuser stützen kann und wie sich in den Krankenhäusern noch Spezialeinrichtungen schaffen lassen, um als Durchgang für die spätere Heilstättenbehandlung die Tuberkulose möglichst wirkungsvoll zu behandeln. Dies kann nur geschehen, wenn der vertrauensärztliche Dienst mit den Chefarzten der Krankenhäuser zusammenarbeitet.

Wir sind ja alle Glieder der großen nationalsozialistischen Gemeinschaft und in gleicher Weise berufen, dem kranken Volksgenossen zu dienen. Wenn örtliche Schwierigkeiten oder Mißverständnisse auftreten, müssen die Reichsstellen eingreifen, um die Abweichungen von der gemeinsamen Linie möglichst schnell zu beseitigen.

Die Verordnung, die der Reichsarbeitsminister in lakonischer Kürze herausgegeben hat, ist bereits in der Musterdienstanweisung für den vertrauensärztlichen Dienst in erheblichen Punkten abgeändert worden. Die Autorität des Arztes im Krankenhaus muß gewahrt bleiben. Es darf nicht die Auffassung entstehen, daß es sich beim vertrauensärztlichen Dienst um eine Kontrolle handele. Das läßt sich schon vermeiden, wenn der Vertrauensarzt sich beim Chefarzt anmeldet. In einer persönlichen Unterredung können etwa entstehende Schwierigkeiten beseitigt, aber auch gleichzeitig die Fragen der Fürsorge geklärt werden.

Dieses Verfahren hat einen erzieherischen Wert. Nicht selten habe ich gefunden, daß der Chefarzt infolge Überlastung gar nicht in der Lage ist, sich mit der versicherungsrechtlichen Frage der Notwendigkeit der Fortsetzung der Krankenhausbehandlung zu befassen. Dies tut meistens der jüngste Assistent. Wer von den jungen Ärzten hat aber schon etwas von sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen gehört? Während seiner Ausbildung hat er wohl gelernt zu diagnostizieren. Aber dann steht er vor dem ersten Versicherten. Ist er arbeitsfähig oder arbeitsunfähig? Muß er ins Krankenhaus oder nicht? Der junge Arzt lernt dies erst auf Kosten der Sozialversicherung und erhält schwere Nackenschläge, bis er die Grundsätze des Versicherungsrechts begriffen hat. Wenn der Arzt den größten Teil des Einkommens aus der Krankenversicherung bezieht, sollte er über deren innere Zusammenhänge orientiert sein. Dies gilt auch für die jungen Ärzte, die in den Krankenhäusern schwerwiegende Entscheidungen zu treffen haben.

Wir müssen unter allen Umständen in der Lage sein, den kommenden finanziellen Belastungen zu entsprechen. Ein Abbau der Leistungen würde sich bei der derzeitigen Einkommenslage unseres Volkes folgeschwer auswirken. Er würde zwangsläufig zu einer sehr erheblichen Steigerung der Inanspruchnahme der öffentlichen Wohlfahrtspflege und der NSV. führen. Alle Stellen müssen sich deshalb in stärkerem Maße mit diesen Fragen beschäftigen und zu ihrem Teil daran mitarbeiten, daß die Krankenversicherung leistungsfähig bleibt.

Ich habe die Verhältnisse so geschildert, wie sie liegen. Es handelt sich also nicht um die primitive Kontrolle des Krankenhauses, sondern um eine volksgesundheitlich wichtige Zusammenarbeit. Gegenüber früheren Zeiten sind die Verhältnisse fraglos sehr viel besser geworden. Heute kann insbesondere der Vertrauensarzt mit dem Arzt im Krankenhaus persönlich verhandeln. Früher geschah dies auf dem Wege über sehr unfreundliche Schreiben. In völliger Verständnislosigkeit gegenüber den bestimmt notwendigen Forderungen für den Kranken wurde oft eine Entscheidung getroffen, die abwegig war. Das soll nicht mehr sein und kommt auch dann nicht vor, wenn der Vertrauensarzt in Gemeinschaft mit den Krankenhausärzten arbeitet. Sorgen wir dafür, daß wir durch eine enge Zusammenarbeit auf diesem Gebiet die Entwicklung fördern, um unsere Kräfte möglichst weitgehend der Fürsorge für die Gesundheit widmen zu können. Das ist das Beste, was wir erreichen können.

Vorsitzender: Ich danke Ihnen für Ihr Referat.

Aussprache:

Conti: Wenn ich nicht schon sowieso davon überzeugt gewesen wäre, so hätten mich die Ausführungen des Vorredners davon überzeugt, daß der vertrauensärztliche Dienst eine Notwendigkeit ist. Er ist ein notwendiges Übel, das sich aus der Unzulänglichkeit der Menschen, der Kranken, die oft nicht so verantwortungsvoll sind, wie man es möchte, ergibt, oder auch wegen der Unzulänglichkeit mancher Ärzte, zum andern aus der Unzulänglichkeit der Gesetze und der Verwaltung.

Wenn die Probleme im großen gestreift werden, so möchte ich gerade hier in Danzig kurz andeuten, daß ich für meine Person die *Liebschen* Gedankengänge für richtig halte, auch wenn sie zur Zeit nicht durchgeführt werden können. In ihnen liegt meines Erachtens der Schlüssel für eine wirkliche Lösung dieser Konflikte. Denn Konflikte sind leider häufig. Ich muß feststellen, daß die wirkliche Zusammenarbeit an vielen Stellen nicht so richtig funktioniert. Wenn ich wollte, könnte ich Ihnen eine Unzahl von Streitfällen bekanntgeben, die ich nicht erörtern möchte, weil man den Einzelfall nur beurteilen kann, wenn man ihn an Hand aller Akten und persönlicher Untersuchung kennt. Es kommen aber auch generelle Konflikte vor. Ich muß auch sagen, daß ich von der sozialfürsorgerischen Tätigkeit des vertrauensärztlichen Dienstes wenig gespürt habe. Zwischen Chefarzt und vertrauensärztlichem Dienst entsteht nicht selten eine heftige Auseinandersetzung. Sehr oft liegt die größere Sachkenntnis auf Seiten des Chefarztes. Andererseits habe ich auch erlebt, daß junge Assistenten unzutreffende Dinge bestätigt haben, wodurch die Krankenkassen geschädigt worden wären, wenn der Vertrauensarzt nicht eingegriffen hätte.

Ich erkenne also die Notwendigkeit des vertrauensärztlichen Dienstes an. Es darf aber nicht vorkommen, daß der vertrauensärztliche Dienst gerade mit guten Chefarzten in Meinungsverschiedenheiten gerät. Ich kenne Fälle, wo sich der Chefarzt mit jedem Verlängerungsschein persönlich beschäftigt. Trotzdem ist er mit dem Vertrauensarzt in Konflikt gekommen, weil dieser die Sachkenntnis und Sorgfalt des Chefarztes nicht anerkannte und sich als starres Kontrollorgan gefühlt hat. Die Gewissenhaftigkeit eines guten Chefarztes muß unbedingt anerkannt werden. Wenn man feststellt, daß die durchschnittliche Liegedauer des einzelnen Kranken in einem Krankenhaus oder in einer Klinikabteilung niedrig ist und sich auch niedrig hält, so kann der vertrauensärztliche Dienst seine spärlichen Kräfte — er hat Mühe, die qualifizierten Ärzte zu bekommen — besser an anderer Stelle ansetzen als bei einem solchen Krankenhaus. Ich merke aber nicht, daß ein Unterschied zwischen dem einen und dem anderen Krankenhaus mit Schwer- oder leichteren Kranken, guten oder schlechten Chefarzten gemacht wird. Mit denen, die wirklich gut und gewissenhaft sich verhalten, braucht und soll der vertrauensärztliche Dienst sich möglichst wenig beschäftigen. Von solchen Chefarzten sollten auch nicht unnötig lange Bescheinigungen und Begründungen verlangt werden.

Ich möchte noch einige generelle Streitfragen anschnitten, spreche aber gänzlich unvorbereitet und kann daher vielleicht den einen oder anderen Paragraphen nicht richtig angeben. Solch genereller Fall ist der ewige Streit mit dem vertrauensärztlichen Dienst, wenn Schwestern oder Schülerinnen krank werden, z. B. an Mandelentzündung oder Grippe. Dann müssen sie aus den Schwesternzimmern heraus und von der entsprechenden Abteilung im Krankenhaus aufgenommen werden. Der vertrauensärztliche Dienst weigert sich, anzuerkennen, daß diese Krankenhausbehandlung notwendig ist, und sagt, die Betreffende könne zu Hause, d. h. in diesem Falle im Krankenhaus, in ihrem Zimmer oder einem besonderen Schwesternabsonderungszimmer behandelt werden. Bei einem Hausmädchen wird dagegen ohne weiteres Krankenhausbehandlung gem. § 435 RVO. gewährt. Dieser Standpunkt ist unverständlich. Was den Hausmädchen recht ist, sollte auch für die Schülerinnen und Krankenschwestern billig sein. Der gegenwärtige Zustand führt zu der Groteske, daß Hausmädchen und Helferinnen des Reichsmütterdienstes

den Anspruch auf Krankenhausbehandlung zugebilligt bekommen, Schwestern und Schülerinnen aber nicht. Vernunft wird hier Unsinn. Wer ist Schuld daran? Bei wohlwollender Auslegung der heutigen Gesetzgebung könnte man auch bei der jetzigen Rechtslage einen anderen Standpunkt einnehmen.

Ein zweiter genereller Konfliktpunkt ist die Krankenhausbehandlung von Diphtherie-Bacillenträgern. Ich sehe ein, daß sie der Krankenkasse nicht ewig zur Last fallen können. Wenn ein Kind aber nach einer Diphtherie noch längere Zeit Diphtheriebacillen hat, sich zeitweilig einmal wohl fühlt, aber nachträglich doch noch eine Herzgeschichte bekommt, weigere ich mich anzuerkennen, daß in solchen Fällen die Krankenkassen die Kostentragung ablehnen dürfen, weil es lediglich aus gesundheitspolizeilichen Gründen interniert sei. Hier müssen vertrauensärztlicher Dienst und Krankenkasse weitherziger sein, als es gegenwärtig der Fall ist. — Eine ähnliche Streitfrage haben wir bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, wenn es sich um Personen handelt, die von der Gesundheitsbehörde eingewiesen sind. Ihre asoziale Einstellung ist wohl ein Teilgrund der Einweisung. Hauptsächlich aber sind sie doch krank. Ob die Krankenhausbehandlung ohne asoziale Einstellung auch notwendig wäre, ist sicher in jedem Fall eine schwierige Ermessensfrage. In diesen Fällen bin ich aber auch mit dem vertrauensärztlichen Dienst in der Schärfe, mit der diese Ermessensfrage behandelt wird, absolut nicht einig. Ich bin der Ansicht, daß die Ermessensfrage gerade hier in der Regel zugunsten der Krankenhausbehandlung beantwortet werden sollte. Es liegt ein allgemeines völkisches Interesse vor, dies gerade hier zu tun.

Sehr häufig ist es bei den verschiedensten Erkrankungen so, daß die Kosten auf die Wohlfahrtspflege verlagert werden. Praktisch muß dann oft die Entlassung erfolgen, obgleich Krankenhausbehandlung dringend notwendig wäre, weil sich die Betreffenden mit Händen und Füßen sträuben, im Krankenhaus zu bleiben, denn sie müssen die aufgewendeten Beträge später zurückzahlen. Der Vertrauensarzt sagt, er sehe wohl ein, daß ärztliche Behandlung nötig sei. Das sei aber in diesem Falle nicht Aufgabe der Krankenkasse, sondern das müßten andere Instanzen übernehmen. Dann kommt es oft dazu, daß die Behandlung aufhört, obwohl sie nicht aufhören dürfte.

Auf die Zusammenarbeit zwischen Vertrauensärzten und Krankenhausärzten lege ich den größten Wert und teile nicht den Standpunkt einzelner Krankenhausärzte, die eine engere Verbindung zum Vertrauensarzt ablehnen.

Ich halte es für durchaus möglich, daß Chefarzt und Vertrauensarzt zusammenkommen und über Einzelfälle sprechen. Die Untersuchung am Krankenbett durch einen anderen als den behandelnden Arzt halte ich für bedenklich. Sie ist auch fast nie notwendig. Die persönlichen Besprechungen sollte man fördern, indem man eingreift und die Ärzte zu einer persönlichen Aussprache bittet, um ihnen das gegenseitige richtige Verhältnis klarzulegen. Das ist aber nur dann möglich, wenn der vertrauensärztliche Dienst in der Schärfe seines Auftretens nachläßt. Ich bin überzeugt, daß alles nur geschieht, um die Krankenkassen vor wirklich unberechtigten Nachteilen zu bewahren. Auf der anderen Seite sehe ich aber, daß der gegenwärtige Druck des vertrauensärztlichen Dienstes schärfer ist, als es gerechtfertigt erscheint und für die Kranken gut ist.

Grossmann: Wenn ich zu dem Thema Vertrauensarzt Stellung nehme, so aus dem einen Grunde, weil die Dinge in Danzig seit Jahren anders liegen, als im Deutschen Reich. Die ausgezeichneten Ausführungen Dr. *Walters* haben die Schwierigkeiten beleuchtet, die heute noch in der Sozialversicherung bestehen. Wer sich mit dem Ideengut des nationalsozialistischen Arztes vertraut gemacht hat, wird zugeben müssen, daß vieles in der Sozialversicherung noch einer Änderung bedarf. In einem kleinen Staate wie Danzig haben wir meines Erachtens eine viel zu große Anzahl von Krankenkassen, oft Kassen, deren Mitgliederbestand kaum die Zahl von 500 erreicht, einige sogar, die nicht über 250 Mitglieder stark sind. Es ist klar, daß es unter diesen Kranken-

kassen eine Anzahl mit guten Risiken gibt und eine größere Anzahl mit schlechten Risiken. Von dem Begriff sozial liegen meines Erachtens diese Dinge sehr weit entfernt. Sozial bedeutet das Eintreten aller für einen und des Einen für alle. Unsere heutigen Krankenkassen haben aber fast alle nur einen Wunsch: Die Sicherung des eigenen Etats und keiner sieht darauf, was mit den anderen Krankenkassen geschieht. Der von mir in Danzig seit Jahren verfolgte Weg führt dahin, die Zahl der Krankenkassen zu vermindern, den Bestand an Mitgliedern dadurch zu erhöhen und das Risiko auf eine breite Basis zu stellen. Wenn vor Jahren 3 Landkrankenkassen nicht in der Lage waren, den gestellten Anforderungen nachzukommen, so hat die Zusammenlegung zu einer Kasse die Richtigkeit des eingeschlagenen Weges bewiesen. Die einzige in Danzig gut dastehende Landkrankenkasse ist allen ihren Verpflichtungen nachgekommen, ist gut fundiert und kennt keine Schwierigkeiten mit Ärzten, Apothekern und Mitgliedern.

Gewiß, es sind mehrere Faktoren, die heute an der allgemeinen starken Belastung der Krankenkasse arbeiten. Ich glaube, wir werden einer Besserung dieser Verhältnisse erst entgegengehen, wenn es uns gelingen wird, die Ethik des Volkes zu heben, um damit zu erreichen, daß nicht jeder Angehörige einer Kasse, der vom Schnupfen befallen wird, zum Arzt läuft, um behandelt zu werden. Auf der anderen Seite glaube ich aber, daß bis zur Verwirklichung dieses Ideales andere Maßnahmen getroffen werden müssen, die durch eine gerechte augenblickliche Kritik diesem vielfachen Wunsche nach ärztlicher Behandlung bei geringfügigen Störungen des Wohlbefindens nahe kommen. Dazu gehört die Stellung des Vertrauensarztes. Der Vertrauensarzt war früher Kontrollarzt, zu dem die Kranken kein Vertrauen hatten, den sie vielmehr meist mit einem leichten Gruseln aufsuchten. Er war angesehen bei der Leitung der Krankenkasse, wenn seine Arbeit darin gipfelte, den „arbeitsunfähigen Bestand“ der Krankenkasse möglichst stark herabzusetzen und war schlecht angesehen, wenn die Kranken lange arbeitsunfähig blieben. Der Fehler lag meines Erachtens in seinen Anstellungsbedingungen, d. h., er war von der Kasse abhängig. Daher sind in Danzig seit einer Reihe von Jahren die Vertrauensärzte staatlich angestellt und unterstehen nicht dem Vorstand ihrer Kasse. Sie unterstehen in ihrer Kritik dem Obervertrauensarzt des Senats der Freien Stadt Danzig und darüber hinaus dem Senator für Gesundheitswesen und Soziales. Ihre Stellung ist analog der Stellung des Leiters der Krankenkasse. Ein weiterer Mangel bestand in vergangenen Zeiten in der Auswahl der Ärzte. Es war mir absolut klar, daß man als Vertrauensärzte des früheren Systems Ärzte heranzog, die oft nicht in der Lage waren, im freien Beruf das zu erreichen, was ihnen hier geboten wurde, die durch finanzielle und wirtschaftliche Schwierigkeiten der Systemzeit und infolge ihres Alters die notwendigen Fortbildungskurse der aufstrebenden medizinischen Wissenschaft zur weiteren Fortbildung nicht mehr besuchen konnten. Kurzum, es waren nicht die besten Ärzte, die zum Vertrauensarzt ausersehen waren. Ein Arzt aber, der in einer kurzen Zeitspanne der Untersuchung den Patienten beurteilen soll, ob Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitsfähigkeit, die der behandelnde Arzt infolge seiner besseren Beurteilung durch mehrmalige Untersuchungen und Kenntnis der häuslichen Verhältnisse besser zu beurteilen vermag, muß dieses Fehlen durch bessere Kenntnisse und die Möglichkeit ausgedehnter klinischer Untersuchungen ausgleichen. So sind meine Vertrauensärzte daher in der Regel Fachärzte, denen die Möglichkeit klinischer Arbeit durch eine technische Assistentin mit einem entsprechenden Laboratorium zur Seite steht. Derartige fachkundige Ärzte kann man allerdings nicht für eine Bezahlung von 500.— bis 600.— RM. verlangen. Die Richtigkeit dieser Einstellung geht aus der Tatsache hervor, daß z. B. beim hiesigen Fürsorgeamt die Zahl der Behandlungsfälle um ein vielfaches herunterging, und die erhöhten Ausgaben für Arzt und Laboratorium auf der anderen Seite durch stark verminderte Ausgaben für Medikamente und ärztliche Behandlung eingespart wurden.

Bestehen zwischen dem behandelnden Arzt und dem Vertrauensarzt einer Kasse Meinungsverschiedenheiten bezüglich des Termines der Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitsfähigkeit, so entscheidet auf Antrag eines dieser beiden Herren, der Obervertrauensarzt des Senats, der Leiter des obervertrauensärztlichen Institutes. Dieses obervertrauensärztliche Institut besitzt 20 klinische Betten und die Möglichkeit zur Ausführung sämtlicher erwünschten klinischen Untersuchungsmethoden und hat seinen Sitz im Städtischen Krankenhaus. Der Obervertrauensarzt hat weiterhin die Aufgabe, zusammen mit den Vertrauensärzten klinische Visiten in sämtlichen Krankenhäusern zu machen, um sich von der Notwendigkeit klinischer Behandlungen zu überzeugen und mit den einzelnen Abteilungsdirektoren die Krankheitsfälle im Sinne einer gerechten Bewertung vom Standpunkt der Sozialversicherung zu besprechen. Somit glaube ich, auf dem Gebiete der vertrauensärztlichen Tätigkeit auf dem richtigen Wege zu sein, wenngleich nicht verkannt wird, daß manches noch einer Änderung bedarf. Der Vertrauensarzt setzt sich selbstverständlich vor Festlegung seines Urteiles mit dem entsprechenden Arbeitgeber in Verbindung, um die noch festzusetzende Schonzeit zu ermitteln. Hüten wir uns aber, die in ihrer Arbeit heutzutage stärker denn je beanspruchten Volksgenossen zu früh ihrer Arbeitsstätte zuzuführen, zu einer Zeit, in der vielleicht noch kleine Schäden bestehen, die unserm kritischen Auge nicht auffallen. Das Endziel all unserer Arbeit sehe ich darin, das deutsche Volk dahin zu bringen, nur dann den Arzt aufzusuchen, wenn es dringend notwendig ist und den deutschen Menschen dahin zu erziehen, daß er freudig und stolz bekennt, gesund zu sein.

Reye: Ich finde es ausgezeichnet, daß man hier frei seine Meinung sagen kann. So stehe ich auch nicht an, zu erklären, daß ich den ärztlichen Krankenhausdirektor für absolut rückständig halte, der nicht schon seit Jahren so weit ist, daß er die Lage und Belange der Krankenkassen und der Sozialversicherung restlos erfaßt hat. Er muß es als seine Verpflichtung betrachten, den Krankenkassen zu helfen, soviel er kann, und sie in seine Interessenssphäre ebenso hineinzuheben, wie seine Kranken selbst. Wird dieser Grundsatz als Richtschnur genommen, so ergibt sich ohne weiteres, daß alles ankommt auf die Frage des Vertrauens, wie sie in unserem heutigen Staate selbstverständlich sein muß. Vor 2½ Jahren habe ich hierüber zum erstenmal im Gutachterausschuß gesprochen und gebeten, die Vertrauensfrage zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern in den Vordergrund zu stellen. Das ist nur in ganz geringem Maße Wirklichkeit geworden. Ich sprach damals von den sog. Verlängerungszetteln. Vor 2 Jahren waren es allein im Allgemeinen Krankenhause Hamburg-Barmbeck täglich rund 100 Zettel, die ausgefüllt werden mußten, jetzt sind es durchschnittlich 150 Zettel täglich. Mit 2 großen Krankenkassen habe ich die Abmachung getroffen, daß sie uns die Kranken ohne einschränkende Bedingungen schicken und sich einfach verpflichten, bis zu dem Endtermin zu bezahlen, der satzungsgemäß für den betreffenden Kostenträger in Frage kommt. Diese Abmachungen haben sich bestens bewährt. Krankenkasse und Krankenhaus sind restlos zufrieden; die Aufenthaltsdauer ist nicht nur nicht angestiegen, sondern sogar weiter heruntergegangen.

Ich muß dem Vortragenden darin zustimmen, daß man zur Zeit sicher bezüglich der wirtschaftlichen Lage der Krankenkassen schwarz sehen muß. Es ist klar, daß bei einer hohen Arbeitskonjunktur mehr Krankheitsfälle auftreten. Es sind aber auch noch andere Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Zunächst die Krankheitswellen überhaupt. Sollte in diesem Winter etwa eine Grippeepidemie auftreten, wird die Sachlage ganz schlimm. Weiter kommt hinzu, daß die Leute, wenn sie arbeiten, viel mehr Krankheiten ausgesetzt sind, als wenn sie arbeitslos wären. Ein Beispiel mag sein, daß auf einer großen Werft allein 30 v. H. der Arbeitsunfähigen Unfallkranke sind. Die Unfallverhütung ist also ein wichtiges Problem, für das sich auch die Krankenkassen sehr interessieren müssen. Weiter sind eine große Anzahl Anbrü-

chiger in die Betriebe gekommen, die viel schneller krank und arbeitsunfähig werden als von Haus aus Gesunde.

Es kommt jetzt alles darauf an, daß positive Vorschläge gemacht werden, wie eine Besserung der Verhältnisse und Entlastung der Krankenkassen herbeigeführt werden können. In Hamburg haben unter Vorsitz des Leiters der Gesundheitsverwaltung, der zum Glück Arzt ist, mehrere Besprechungen stattgefunden, wobei viele Vertreter der Krankenkassen zugegen waren. Die Herren sind um Vorschläge gebeten worden, die wirtschaftliche Lage der Krankenkassen zu heben. Ein Vorschlag war, daß die Beiträge erhöht werden müßten. Das geht nicht. Daß die Krankenhäuser mit ihren Kosten heruntergehen, ist ebenfalls eine Unmöglichkeit. Die einzelnen Gründe kann ich hier nicht anführen. Da wurde uns von den Kassen vorgeschlagen, daß die Aufnahme der Kranken schärfer gehandhabt werden möge und daß mehr Leute zurückgewiesen werden möchten. Ich habe das sehr gründliche und strenge Aufnahmesystem entwickelt, wie es in unserem Krankenhaus in Barmbeck ist. Ich konnte in dieser Beziehung nur den Vorschlag machen, daß sich ein Vertrauensarzt einmal 24 Stunden ins Krankenhaus begeben möge, um sich in die Aufnahme zu setzen und eine Kontrolle der aufzunehmenden Kranken auszuüben. Der Vorschlag wurde mit Beifall aufgenommen. Bis jetzt ist er noch nicht durchgeführt! — Dann wurde noch gesagt, es solle ein besonderes Untersuchungsinstitut vorgeschaltet werden, ehe die definitive Aufnahme eines Kranken ins Krankenhaus erfolge. Das würde meines Erachtens noch einmal die Schaffung eines kolossalen Apparates erfordern und einen Aufwand an Kosten verursachen, der bestimmt nicht wettgemacht werden kann. Andere Vorschläge konnten nicht vorgebracht werden.

Meine Meinung ist nach wie vor: Stellt das Vertrauen obenan. Betrachtet das Krankenhaus als Euren Vertrauensarzt. Laßt die kurzfristigen Einweisungen und die ewigen unnützen Nachfragen. Wenn wir in unserem Krankenhause allein 150 Anfragen pro Tag haben, so können Sie sich ausrechnen, was dann in Deutschland zusammen für eine Wust von Zetteln, Arbeit und Ärger herauskommt. Wird jede überflüssige Zettelwirtschaft völlig beseitigt, so werden die Vertrauensärzte bestimmt zu einem Viertel der Tätigkeit für bessere Dinge frei, und es wird eine erhebliche Ersparnis an Büropersonal erzielt werden.

Plank: Ich glaube, wir dürfen alle sehr dankbar sein, daß diese Punkte hier offen besprochen werden. Wir im Krankenhauswesen Tätigen wissen ja alle, daß es sich hier um ziemlich heikle Fragen handelt. Ich glaube, man könnte den vertrauensärztlichen Dienst missen, wenn man in den beteiligten beiden Kreisen vor allem über den Begriff der „Krankenhauspflegebedürftigkeit“ einig wäre. Es ist bedauerlich, daß wir leider immer noch feststellen müssen, daß die Krankenhäuser vielfach von den in der Praxis tätigen Ärzten, wenn auch nicht gerade als Sterbehäuser betrachtet werden, so doch aber als Zufluchtsstätten, denen man etwas abgibt, wenn man draußen nicht mehr zurecht kommt.

In diesem Zusammenhang möchte ich noch auf einen weiteren Punkt hinweisen. Woher kommt es, daß die jungen Assistenz- und Volontärärzte so wenig von der Sozialversicherung, der Fürsorge und ähnlichen Dingen wissen? Wenn die jungen Ärzte hierüber unterrichtet wären, könnte manches harte Wort im gegenseitigen Schriftverkehr und manche Maßnahme mit langwierigen Verhandlungen im Gefolge unterbleiben. Über diese Dinge ist in diesem Kreise schon oft gesprochen worden. Sie sollten schon bei der Ausbildung auf der Universität berücksichtigt werden können. Die jungen Ärzte müßten auch später, wenn sie in Krankenanstalten kommen, über die Bedeutung der Sozialversicherung als Treuhänder von Milliarden Volksvermögen, über die Funktionen der öffentlichen Fürsorge und der Bezirksfürsorgeverbände im notwendigsten Umfange aufgeklärt und belehrt werden. Dann würden diese Dinge dem jungen Arzt in Fleisch und Blut übergegangen sein, sobald er in die Praxis kommt. Dadurch entsteht dann die Atmosphäre des gegenseitigen Vertrauens, wenn der Arzt weiß, welche Pflichten der andere Teil im Interesse der Volksgemeinschaft wahr-

zunehmen hat. Dann könnten auch keine Diskrepanzen, wenigstens nicht schwerster Art, in der Frage der Krankenhauspflegebedürftigkeit entstehen, wie wir sie jetzt leider immer wieder feststellen. Dann würde allmählich das goldene Zeitalter kommen können, in dem sich der vertrauensärztliche Dienst ganz von selbst aufhebt. Außerdem habe ich noch eine Spezialfrage, die ich ganz kurz streifen möchte. Staatsrat Dr. Conti hat schon darauf hingewiesen. Es ist die Frage der Kostentragung für die zwangsweise eingewiesenen Geschlechtskranken. Wir haben nach dieser Richtung hin verschiedene Vorschläge über den Gemeindetag eingereicht, bis jetzt konnte aber eine Änderung in der Auffassung der Versicherungsträger nicht erreicht werden. Die Dinge liegen doch so: Unzuverlässige Personen werden gemäß dem Reichsgesetz zur Behandlung zwangsweise in Anstalten eingewiesen. Die Anstaltsbehandlung erscheint also im konkreten Falle notwendig. Es liegt also nicht so sehr eine polizeiliche Maßnahme, als eine spezielle Art des Heilverfahrens vor, das mit polizeilichen Mitteln gesichert werden muß. Der polizeiliche Eingriff ist lediglich Mittel zum Zweck. Das Ziel ist die Sicherung des im Einzelfall notwendigen Heilverfahrens.

Es ist deshalb unbillig, wenn von den sozialen Versicherungsträgern die Kostentragung nach den ersten 14 Tagen abgelehnt wird mit der Begründung, es handle sich um polizeiliche Sicherungsmaßnahmen, nicht um ein Heilverfahren.

Haltenhoff: Ich spreche nicht als Arzt; denn ich bin weder Krankenhausarzt noch überhaupt Arzt. Ich versuche, mich in die Situation des Kranken zu versetzen, der Gegenstand der ärztlichen Untersuchung ist oder auch der anderen Kranken, die die Dinge mit Interesse und Besorgnis verfolgen oder andere Volksgenossen und Familienangehörige, die von diesen Prozeduren hören. Wir haben in Deutschland die Volksgemeinschaft und einen sozialen Frieden. Was wir aber nicht erreicht haben, ist die friedliche Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Organisationen. Im praktischen Leben haben wir eigentlich nur noch eine wirkliche Schwierigkeit, das ist die, die uns die Behördeninstanzen verursachen. Ich bitte Sie, dies nicht von der komischen Seite zu nehmen, sondern von der ernsthaften. Sie wissen alle, wie sehr unser praktisches Leben darunter leidet, daß es durch behördliche Dinge kompliziert wird. Sie glauben auch gar nicht, wie es im letzten Sinne politisch gesehen, eine höchst bedenkliche und gefährliche Sache sein kann, daß jeder Volksgenosse einen Leidensweg durchmachen muß, wenn er etwas von einer Behörde, und ich rechne die Stadtverwaltung und Krankenkassen dazu, haben will.

Es ist sehr interessant, den Meinungsstreit von Sachverständigen mit anzuhören, sofern man nicht persönlich Gegenstand dieses Meinungsstreites ist. Versetzen Sie sich aber einmal in die Lage des Kranken im Krankenhaus, der von den verschiedenartigsten fachärztlichen Seiten beleuchtet, durchleuchtet und abgeklopft worden ist, und der nun noch von einem weiteren Arzt untersucht werden soll, von dem er vielleicht beiläufig hört, daß er gar nicht Krankenhausarzt ist, sondern da ist, um den Krankenhausarzt zu kontrollieren, ob der seine Sache versteht. Das ist etwas, was nicht nur das Vertrauen zum Krankenhaus erschüttern muß, sondern vielleicht sogar zur ganzen Organisation, die den Kranken betreuen soll. Vielleicht ist es der Fehler, daß die Krankenkassen nicht zugleich diejenigen sind, die das Krankenhaus verwalten, der bei dieser Frage grundlegend ist. Vielleicht gäbe es den Meinungsstreit nicht, wenn Krankenhäuser und Krankenkassen identisch wären. Dann bestände keine Veranlassung mehr, den Krankenhausarzt vom Standpunkt der Kasse aus zu kontrollieren.

Ich glaube, der letzte Grund liegt darin, daß wir eine sehr weitgehende Verwaltungszersplitterung in Deutschland haben, die sich auch auf diesem Gebiete sehr übel auswirkt. Das Vertrauen des Kranken zum Krankenhaus darf nicht erschüttert werden. Das ist das Grundlegende, auch vom Standpunkt aller übrigen Beteiligten, der Familienangehörigen und des ganzen Volkes aus. Darum möchte ich als Nichtarzt bitten, lassen Sie den Kranken nicht an Ihren ärztlichen

Fähigkeiten zweifeln. Dazu kommt es aber letzten Endes. Der Kranke erhält auch den Eindruck, daß sich der Vertrauensarzt immer dann einschaltet, wenn er nicht rechtzeitig aus dem Krankenhaus entlassen wird. Umgekehrt könnte der Kranke fragen: wo ist der Vertrauensarzt, wenn mich das Krankenhaus entlassen hat, obwohl ich noch krank bin. Wo ist die Krankenkasse gewesen? Sie hat sich nicht um mich gekümmert, sie interessiert sich für mich nur dann, wenn ich aus dem Krankenhaus hinaus soll.

Wie Sie die Regelung vornehmen, ist wahrscheinlich gleichgültig. Da Sie aber Ärzte sind, so gehen Sie bitte einen Weg, der letzten Endes das Vertrauen zu Ihrem eigenen Stande nicht erschüttert. Damit erweisen Sie den Krankenhäusern, den Krankenkassen und der ärztlichen Wissenschaft einen großen Dienst. Eine Bemerkung möchte ich noch zu dem vorhin erwähnten Punkt der Ausbildung der jungen Ärzte machen, die nichts von Krankenkassen wissen. Das überrascht mich nicht; denn sie wissen manche anderen wichtigen Dinge auch nicht. Man müßte es ihnen z. B. in diesem Zusammenhange beibringen, daß sie das Wort Geld auch dann mit Vorsicht aussprechen, sofern es sich nicht um ihr eigenes Geld handelt, sondern aus einer Gemeinschaft kommt. Das Wort Geld gehört zu denen, die einen leisen Schein von Anrühigkeit besitzen. Man muß sich darüber klar werden, daß jedes Geld, wenn man es nicht persönlich besitzt, der Gemeinschaft gehört, nicht nur der Krankenkasse, sondern auch dem Krankenhaus, der Stadt oder Gemeinde. Wer das Geld fremder Leute verwaltet, darf vor ihm die Hochachtung nicht verlieren. Namentlich bei den jungen Ärzten wäre diese Auffassung meines Erachtens auch kein Fehler und würde beiden Beteiligten, Krankenkasse und Krankenhaus, sehr dienlich sein. Wer den Zuschuß bezahlen muß, ist gleich, einen so wesentlichen Unterschied sehe ich persönlich nicht darin. Sollte man aber das Wort „Geld“ nicht wählen wollen, so sehe ich ein anderes Wort am Horizont auftauchen, das praktisch dieselbe Bedeutung hat: die Rücksicht auf die Arbeitszeit und Tätigkeit anderer Leute. Das ist ungefähr das gleiche. Schließlich haben wir bei uns einen Mangel an gelernten Kräften. Es fehlen Pfleger und Pflegerinnen und junge Ärzte. Allmählich wird ein schwerwiegender Mangel vorhanden sein, der dazu führt, daß die Arbeitszeit nicht 11 oder 12 Stunden beträgt.

Wenn ich auch etwas anderes verlange, nämlich die Rücksicht auf die Arbeitsleistung anderer Leute, so ist das eine Frage, die auch in die Kategorie des Geldes gehört. Auch in dieser Beziehung wäre ein gesteigertes Verantwortungsgefühl am Platze. Es darf sich nicht allein auf Geld erstrecken, das der Allgemeinheit gehört, sondern muß auch die gesamte Arbeitskraft, die jeder zur Verfügung stellt, umfassen. In dieser Beziehung bin ich mit den Krankenkassen einig. Man soll auch eine Arbeitskraft, vom Standpunkt der Allgemeinheit aus gesehen, unter keinen Umständen länger im Krankenhaus behalten, als es nötig ist.

Conti: Ich bin dem Vorredner sehr dankbar, daß er den Wert des Vertrauens des Kranken zum Arzt hervorgehoben hat. Das ist ein Kapitel, das wir nicht vernachlässigen dürfen. Ebenso selbstverständlich ist, daß wir darin übereinstimmen, daß die Rücksichtnahme auf das Wohl des Kranken unsere Gedankengänge leiten muß.

Was das Wohl des Kranken angeht, so sehe ich zunehmend Kranke, die besser früher ins Krankenhaus eingeliefert und Kranke, die besser etwas später aus dem Krankenhaus entlassen worden wären. Als praktische Schlußfolgerung ist zu ziehen, daß der Druck des vertrauensärztlichen Dienstes zu stark ist und etwas gemildert werden muß, selbst wenn dadurch die Krankenkassen belastet werden. Es war Ihren Ausführungen nicht zu entnehmen, ob der Streit der Meinungen der Ärzte an Schwierigkeiten schuld sei. Falls das gemeint war, müßte ich dem widersprechen. An erster Stelle bildet den Ausgangspunkt der erörterten Schwierigkeiten die Sorge der Krankenkassen um ihre wirtschaftliche Lage. Sekundär entwickelt sich daraus ein Druck der Sozialversicherungsträger auf den vertrauensärztlichen Dienst. Gibt dieser nach, so entstehen Konflikte auch oder gerade mit

guten Krankenhausärzten. So kann es nicht weitergehen. Der Druck muß gemildert werden. Der vertrauensärztliche Dienst muß großzügiger arbeiten, dann wird die Zahl der Kranken, die zu früh aus dem Krankenhaus entlassen werden, nicht zunehmen.

Frick: Unsere Anstalten in Bremen können über die Vertrauensärzte nicht klagen. Wir haben ihnen Vertrauen entgegengebracht. Das hat sich als günstig erwiesen. Die Vertrauensärzte kommen soviel wie möglich zur Besprechung der einzelnen Fälle in die Häuser und erleichtern die Arbeit dadurch sehr. Aber es wird, wie in allen anderen Krankenhäusern, auch bei uns noch viel zu viel geschrieben. Wir haben die Krankenhausärzte nicht als Schreiber angestellt, sondern als Männer, die unsere Kranken gesund machen sollen. Gibt es denn nicht eine Möglichkeit, den Ärzten die Kassenschreibarbeit ganz abzunehmen und zwischen Ärzte und Kranke eine Vertrauensperson einzuschleiben, die die Schreibarbeiten nach den Angaben der Ärzte verantwortlich erledigt? Kein Künstler schreibt gern Briefe. Auch für den Arzt ist es eine Quälerei, vor allen Dingen dann, wenn er gerade mit schwerkranken Patienten beschäftigt ist. Wir müssen die Mentalität und das Ethos unserer Ärzte viel stärker berücksichtigen.

Daß aber auch die Mentalität der Kranken und der sich um sie sorgenden Volksgenossen mehr geschont werden muß, ist mir auch keine Frage. Welche Schwierigkeiten und Ungelegenheiten ergeben sich allein schon bei der Beschaffung der Krankenscheine, besonders in größeren Geschäftsstellen, mit deren Arbeitsgang die Versicherten begreiflicherweise nicht genügend vertraut sind. Wäre es nicht möglich, in den Schalteräumen der Krankenkassen als „Beruhigungspersonen“ hilfsbereite Auskunftspersonen anzustellen, welche die Hilfesuchenden freundlich anhörten und an die richtige Stelle wiesen? Es wäre doch eine ganz einfache Sache, wenn man, wie in größeren Postanstalten, in einer Ecke des Schalterraumes eine Auskunftsstelle einrichtete und mit einem freundlichen jungen Mädchen als Auskunftsperson besetzte? Das würde das sein, was man Dienst am Kunden nennt. Welche Freude bereitet es, heute in einer fremden Stadt mit der Straßenbahn zu fahren. Die Schaffner behandeln ihre Fahrgäste mit dem größten Entgegenkommen, und auch die einfachste Frau wird mit der größten Zuvorkommenheit behandelt. Solche freundschaftliche Auskunftserteilung würde bei den Kranken, die sich oft in großer Not, in starker Angst und Sorge befinden, außerordentlich dankbar begrüßt werden und auch den Schalterbeamten viel Ärger und Arbeit ersparen und sich für die Kassen gewiß auch rentieren.

Noch ein Wort zu der an manchen Orten so übergroßen Inanspruchnahme der Krankenhäuser. Ich habe den Eindruck, daß die neueren Wohnungen zu klein sind, und daß man infolgedessen in diesen Wohnungen weder für Geburten noch für Sterbefälle genügend Platz hat. Auch für häusliche Krankenpflege reicht der Raum nicht aus. Es fehlt eine Reservestube. Ich weiß wohl, welche Hindernisse der räumlichen Erweiterung der Wohnungen entgegenstehen, aber ich glaube, daß wir doch immer wieder und nicht nur im Interesse der Krankenhäuser, sondern auch der Familien auf diesen Mangel hinweisen müssen.

Endlich möchte ich noch auf eine Möglichkeit hinweisen, die Krankenhäuser zu entlasten: auf Erholungshäuser in organischer Verbindung mit den Krankenhäusern. Diese Erholungshäuser dürfen nicht allzuweit von dem Krankenhaus entfernt sein, und sie müssen von der gleichen Schwesternschaft wie das Krankenhaus betreut werden. Die Kranken müssen das Gefühl haben, daß man gut für sie sorgt und daß sie, im Fall ihr Befinden sich nicht bessert, auch jederzeit in das Krankenhaus zurückkehren können. Aus eigener Erfahrung weiß ich, daß ein Erholungsaufenthalt im unmittelbaren Anschluß an die Krankenhauspflege eine kombinierte leibliche und seelische Wirkung von stärkster Bedeutung auslöst, und da die Pflege in solchen Erholungshäusern nur einen Bruchteil der Kosten der Krankenhausbehandlung ausmacht, entsteht dadurch eine nicht unerhebliche Kosten-

ersparnis und auch eine Verkürzung der Gesamtkrankenhausbehandlung.

Ich wäre dankbar, wenn solche Beobachtungen und Bemerkungen einer Vertrauensperson zur Bearbeitung zugeleitet werden könnten. Ich glaube, daß mit solchen kleinen Mitteln oft erreicht werden kann, was wir um der Verminderung der Kosten und auch um der Kranken willen erstreben müssen.

B.E. Walter (Schlußwort): Nicht lange Auseinandersetzungen, sondern nur einige Hinweise! Es ist unmöglich, sich zu einer solchen Frage, die eine Spezialwissenschaft darstellt, in einem Vortrage von $\frac{3}{4}$ Stunden erschöpfend zu äußern. Man muß sich hierüber einmal in sehr ernsthaften Verhandlungen in einem Kreise besonderer Sachverständiger auseinandersetzen.

Nur das eine will ich Ihnen noch sagen: Ich will mich nicht von den Ereignissen überraschen lassen! Die Entwicklung muß sozialpolitisch, bevölkerungspolitisch, wehrpolitisch und auch finanzpolitisch gesehen werden. Wenn ich mich als Arzt seit Jahren der Mühe unterziehe, den Dingen unter diesen Gesichtspunkten auf den Grund zu gehen, so geschieht dies aus der Einsicht heraus, daß wir als Ärzte eine besondere Verpflichtung haben, für das Gleichgewicht von Einnahmen und Ausgaben in der Krankenversicherung Sorge zu tragen. Ich möchte den Oberbürgermeister sehen, der sich seinen sorgfältig aufgestellten Etat durch Dinge über den Haufen werfen lassen möchte, die er vorher nicht überlegt hat und die nicht durch äußere Ereignisse bestimmt sind, sondern sich so haben entwickeln müssen.

Nun noch ein paar Worte zu einigen Einzelfragen. Gerade die Verhältnisse in Berlin sind mir durch meine persönliche Tätigkeit ein wohlbekanntes Gebiet. Ich bin 1933 von dem Gedanken ausgegangen, daß es sich bei dem Aufbau des vertrauensärztlichen Dienstes um eine fürsorgepolitische Aufgabe handele. 60 Fürsorgerinnen wurden eingestellt; eine Erfassungszentrale für Tuberkulose wurde eingerichtet. Ich habe weiterhin eine Diabeteszentrale ins Leben gerufen, in der wir heute 13000 Diabetiker in Berlin zusammengefaßt haben und bei der die Vererblichkeit des Leidens und damit seine Auswirkung auf die Rentenversicherung untersucht wird. Das sind Dinge, die man nur andeuten kann. Es läßt sich nicht alles von heute auf morgen erreichen.

Die Sorge um die Zukunft unseres Volkes stellt die große Linie für unser Handeln dar. Demgemäß können wir die vorliegende Frage nicht mit Kasuistik erledigen. Ich kann nur wiederholen, daß der vertrauensärztliche Dienst nicht in die Krankenhäuser geschickt wird, um gegen sie vorzugehen. Daß dies auch in der Praxis nicht der Fall ist, beweisen Ihnen die nackten Zahlen. Der prozentuale Anstieg der Krankenhausbehandlung ist viel größer als in früherer Zeit. Damit ist der gute Wille der Sozialversicherung bekundet, in dieser Frage den Wünschen und gesundheitlichen Bedürfnissen der Versicherten zu entsprechen. Demgemäß müssen die Vorwürfe, daß der vertrauensärztliche Dienst den Bedürfnissen der Kranken nicht gerecht würde, mit Entschiedenheit zurückgewiesen werden. Wenn im übrigen der vertrauensärztliche Dienst noch nicht überall so gut funktioniert, wie wir es wünschen, so ist zu bedenken, daß es sich um eine neue Einrichtung handelt, und nicht alles von vornherein vollkommen sein kann. Ich habe die Mühe auf mich genommen, hunderte von Vertrauensärzten auf ihre Fähigkeiten zu untersuchen. Wir haben noch nicht annähernd den Bedarf gedeckt. Sie wissen selbst, wie schwierig es ist, geeignete Ärzte für solche Aufgaben zu bekommen. Selbstverständlich wäre es nach den Wünschen des Reichsärztesführers und Dr. Grotes von der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands besser gewesen, wenn man den ganzen Apparat des vertrauensärztlichen Dienstes in die Ärzteschaft hineingenommen hätte, weil die Ergänzungen dort leichter gewesen wären. Man muß aber mit den Dingen rechnen, wie sie tatsächlich liegen.

Vorsitzender: Ich danke Ihnen, Herr Dr. Walter, daß Sie sich der Mühe unterzogen haben, über dieses Thema zu uns zu sprechen. Sie werden selbst gemerkt haben, welch großes Interesse Sie mit Ihren Ausführungen bei den Zuhörern auslösten, wenn auch nicht alle Meinungen konform gingen.

4. Kampf dem Verderb im Krankenhaus.

B.E.: Verw.-Direktor Oehler, Berlin.

Bei der Stellung des Themas „Kampf dem Verderb im Krankenhaus“ wurde mir liebenswürdigerweise freigestellt, die *Stellung des Krankenhauses in der Durchführung des Vierjahresplanes* zu behandeln. Ist doch der Kampf gegen den Verderb nur ein Teil der Aufgaben, die die Krankenanstalten bei der Durchführung des Vierjahresplanes zu erfüllen haben. Mit dem Kampf gegen den Verderb ist u. a. auch der *Kampf gegen den Verlust* verbunden, und damit rückt die Aufgabe des Krankenhauses über die betriebswirtschaftlichen Notwendigkeiten hinaus in die nationalwirtschaftliche Bedeutung.

Im ersten Vierjahresplan war als Aufgabe die Beseitigung der Arbeitslosigkeit gestellt. Der zweite Vierjahresplan hat zum Ziele

die Erlangung der Rohstoff- und der Nahrungsmittelfreiheit.

Für die deutschen Krankenanstalten in ihrer Gesamtheit ist wohl eines in Anspruch zu nehmen, daß sie aus dem Streben nach gesunder Wirtschaftsführung heraus schon immer sparsam und wirtschaftlich gearbeitet haben. Es ist also die Frage zu stellen, was darüber hinaus zur Durchführung des Vierjahresplanes noch zu tun ist.

Der Beauftragte für den Vierjahresplan, Generalfeldmarschall Hermann Göring, hat auf diese Frage in seiner Rede im Berliner Sportpalast am 28. Oktober 1936 die Antwort gegeben, indem er folgenden Appell an das deutsche Volk richtete:

„Es möge sich jeder jeden Tag prüfen, was er selber tun kann und was er beitragen kann zu dem Gelingen des Werks.“

Dieser Appell geht auch die Leitungen der Krankenanstalten an, durch deren Hände jahraus, jahrein große Teile des deutschen Volksvermögens gehen, und in deren Häusern Werte jeglicher Art in größtem Umfange gebraucht und verbraucht werden. Die Fachausstellungen gelegentlich der Tagungen der Fachvereinigung der Verwaltungsleiter deutscher Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten geben uns immer wieder einen Überblick über den Bedarf der deutschen Krankenanstalten an Erzeugnissen der Wirtschaft aller Art, seien es ärztliche Instrumente und Apparate, Maschinen, Brennstoffe, Möbel, Nahrungsmittel u. dgl. Aus der Größe dieses Bedarfs ergibt sich für die Anstalten die Verpflichtung zur täglichen Selbstprüfung nach dem Appell von *Hermann Göring*.

Eine Selbstverständlichkeit ist für uns die wirtschaftlichste Verwendung der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel. Wirtschaftliches Denken und Handeln ist aber eine der Hauptwaffen im Kampfe um die Rohstoff- und Nahrungsmittelfreiheit. Jede unnötige Ausgabe ist zu vermeiden, darin müssen sich Verwaltungsleiter und Ärzte in den Krankenanstalten einig sein. Dafür nur einige Hinweise:

1. Die Ausgaben müssen sich nach der tatsächlichen Belegung des Krankenhauses und den dadurch gegebenen tatsächlichen Bedürfnissen richten. Jede unnötige und jede übersteigerte Ausgabe ist in Wirklichkeit schon ein Verlust.

2. Oft erleben wir auch im Krankenhaus, daß Instrumente und Apparate auf dem Lager stehen, die für einen nicht mehr im Hause tätigen Arzt auf dessen ausdrücklichen dringenden Wunsch beschafft, nach seinem Weggange vom Nachfolger aber abgelehnt und zum Lager gegeben wurden und dort verkommen. Das sind Verluste. Oberbürgermeister Dr. *Haltenhoff* hat in seinen Ausführungen

rungen die Achtung vor dem Begriffe „Geld“ gefordert. Nirgend mehr als bei den Beschaffungen des ärztlichen Bedarfs im Krankenhause erscheint mir diese Forderung angebracht.

3. Verluste können auch in den Liegedauern der Kranken stecken. Senator Dr. *Großmann* wies in seinem Vortrage darauf hin, daß eine *zu frühe Entlassung* eines Kranken dazu führen könne, daß dieser Kranke nach Wiederaufnahme der Arbeit wieder krank werde und die Arbeit niederlegen müsse. Das ist aber ein Verlust an der knappen Arbeitskraft, die der Volkswirtschaft zur Verfügung steht, sowie am Vermögen der Kasse, die für dieses Mitglied wahrscheinlich mehr Leistungen aufzubringen hat, als wenn es nach richtiger Ausheilung erst entlassen worden wäre.

Eine *zu lange Liegedauer* bedeutet ebenfalls doppelten Verlust:

a) Der Krankenverpflegungstag kostet in den meisten Krankenanstalten an Selbstkosten mehr, als er Einnahmen bringt, erfordert also Zuschüsse;

b) der entlassungsfähige Kranke liegt im Krankenhause mit seiner Arbeitsfähigkeit brach, diese geht damit der Volkswirtschaft verloren.

4. Einen weiteren Verlust an Arbeitskraft, Arbeitszeit und auch Material möchte ich aufzeigen, indem ich zu dem ausführlich behandelten Thema „Vertrauensarzt und Krankenhaus“ vom Standpunkte der Verwaltung aus einen Beitrag liefere. Sie alle kennen den Kampf, der von den Krankenhäusern mit den Krankenkassen ständig um die Bemessung der Behandlungsdauer der Kassenmitglieder in den Krankenhäusern geführt werden muß. Fast wäre man geneigt, sich mit diesem Kampfe als einer unabwiesbaren Notwendigkeit abzufinden, wenn nicht Beispiele vorlägen, daß es auch anders geht. Professor Dr. *Reye* hat bereits erwähnt, daß er mit 2 Krankenkassen in Hamburg Vereinbarungen dahin getroffen hat, daß die Kassenanweisungen unbefristet erfolgen und daß Verlängerungsanträge nicht gestellt zu werden brauchen. Ähnliche Vereinbarungen kenne ich aus Freiburg, aus dem Kreise Niederbarnim; auch die Ruhrknappschaft in Bochum hat mit dem Zweckverband der Krankenhäuser im Ruhrbezirk die gleiche Abrede getroffen. Der Vertreter der Ruhrknappschaft konnte auf der Tagung der Fachvereinigung der leitenden Verwaltungsbeamten der Krankenanstalten von Rheinland und Westfalen in Essen am 25. Oktober 1938 sogar mitteilen, daß trotz unbefristeter Einweisung der Kranken und trotz Verzichtes auf die Kurverlängerungsanträge die Durchschnittsliegedauer in den beteiligten Krankenhäusern geringer geworden sei.

Überlegen Sie bitte, welche Unsumme von Arbeit unzählige Ärzte in deutschen Krankenanstalten und unzählige Verwaltungsbeamte in den Anstalten und Krankenkassen täglich leisten müssen, um die in den befristeten Kostenübernahmeerklärungen geforderten Kurverlängerungsanträge auszuarbeiten, abzusenden und zu entscheiden. Wenn man sieht, daß es Krankenkassen gibt, die auf diese Verlängerungsanträge verzichten und Vertrauen zu den Krankenanstalten zeigen, und wenn man sieht, daß beide Teile gut dabei fahren, dann fordert man wohl mit Recht, daß Krankenkassen und Krankenhäuser sich endlich zusammenfinden, um der auf die Dauer nicht tragbaren Vergeudung von wertvoller Arbeitskraft, Arbeitszeit und Material — bedenken Sie die Papiermassen und die Ströme von Tinte, die dieser zermürbende Krieg fordert! — endlich ein Ende zu machen. Das wäre positive Arbeit im Sinne des Vierjahresplanes. Je einfacher diese Einigung im Sinne der Vorhin vom Oberbürgermeister

Dr. *Haltenhoff* erhobenen Forderung der „Achtung vor der Arbeit der anderen“ sich vollzieht, desto größer ist die Ausschaltung des Verlustes, also der Gewinn für die deutsche Volkswirtschaft im Sinne der Forderung von *Hermann Göring*: beizutragen zum Gelingen des Werks.

Nach diesen Hinweisen komme ich zum eigentlichen Thema.

Sagte ich anfangs, daß die wirtschaftlichste Verwendung der Haushaltsmittel eine Selbstverständlichkeit sei, so ist doch zu untersuchen, in welcher Weise der Anstaltsbetrieb jedem Verderb und jedem Verlust vorbeugen kann. Es würde zu weit führen, hier Einzelheiten zu bringen. Die Arbeiten in der Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen und in anderen Fachzeitschriften sind Beweis dafür, daß die Leiter der deutschen Krankenanstalten sich ständig mit dem Problem „Krankenhaus und Vierjahresplan“ befassen. Ich kann mich daher darauf beschränken, die Hauptlinien aufzuzeigen. Jeder Verwaltungsleiter wird in seinem Betriebe selbst sehen müssen, wie er die ihm gestellte Aufgabe erfüllen kann.

Diese Aufgabe in dem Kampfe um die Gewinnung der Rohstoff- und der Nahrungsmittelfreiheit besteht in der Hauptsache

1. in der Anpassung des Gebrauchs und des Verbrauchs,
2. in der Ausschaltung jeden Materialverlustes.

Gebraucht und verbraucht werden in den Krankenanstalten Rohstoffe aller Art für die ärztlichen Instrumente und Apparate, die Verbandstoffe, Arzneien, Einrichtungsgegenstände, Baumaterialien, die Wäsche, die Ernährung, die Wärme- und Elektrowirtschaft usw.

Bezüglich des Einkaufs der ärztlichen Instrumente und Apparate wies ich schon auf einen Mangel hin, den des Beschaffens nach der individuellen Einstellung des einzelnen Arztes. Weise Beschränkung ist hier ebenso am Platze wie bei der Beschaffung vieler anderer ständig im Gebrauch befindlicher Gegenstände. Der Fachnormenausschuß Krankenhaus (Fanok) hat hierin wegweisende Vorarbeit geleistet, indem er die Krankenanstalten zur Beschränkung auf möglichst wenige Typen bzw. Gebrauchsmuster erzog. Haben wir z. B. in Rekordspritzen, in Verbandscheren, in Betten und Nachttischen, aber auch im Eß- und Transportgeschirr, in Beleuchtungsgeräten, Schaltern, Steckdosen, in Wasserhähnen, Dampf- und Reduzierventilen, in Baubeschlägen usw. nur bestimmte, möglichst genormte, wenige Muster in Gebrauch, dann vereinfachen und verringern wir unser Lager, sparen damit an der Festlegung von Kapitalien für Lagervorräte und erleichtern uns die notwendigen Reparaturen. Auch helfen wir damit im Sinne des Vierjahresplanes der Industrie in der Herstellung dieser Gegenstände, denn sie spart Rohstoffe, wenn sie nicht an Stelle weniger genormter Typen eine Vielheit von Artikeln für den gleichen Zweck herzustellen braucht. Beschränkung in den Typen und Gebrauchsmustern bedeutet also Ersparnis an Rohstoffen. Bei dem Neubau von Krankenanstalten ist durch den Bauleiter von vornherein auf diese Beschränkung zu achten.

Eines der wichtigsten und gerade vom Vierjahresplan stark erfaßten Gebiete der Anstaltswirtschaft ist das der *Ernährung*.

Die Gewinnung der Nahrungsmittelfreiheit ist nach den Ausführungen des Beauftragten des Vierjahresplans *Hermann Göring* auf dem diesjährigen Parteitage schon als fast erreicht anzusehen. Mit stolzer Genugtuung konnte er darauf hinweisen, daß er große Vorräte an Lebensmitteln habe aufspeichern können, so z. B. zusätzliche Fettmengen

für mehr als 7 Monate. Unser Getreide lagert in Tanzsälen usw., weil die vorhandenen Lagerhäuser zur Aufnahme dieses Erntesegens nicht ausreichen und man erst neue Lagerhäuser errichten muß. Auch an Zucker erzeugen wir mehr, als wir selbst verbrauchen können.

Diese Vorratswirtschaft unserer Führung und durch die in erfolgreichen Erzeugungsschlachten gesteigerte Leistungsfähigkeit der Landwirtschaft machen uns ruhig und sicher. Dankbar empfinden wir die dadurch gewonnene politische Handlungsfreiheit unseres Führers. Ich darf auf ein Gespräch hinweisen, daß der V.-B. in seiner Ausgabe vom 22. November 1938 brachte, daß sein Vertreter mit dem Reichsminister für Ernährung und Landwirtschaft, Reichsbauernführer *Darré*, hatte und in dem dieser darauf hinwies, daß die von uns angesammelten Vorräte in den kritischen Septembertagen dem Führer geholfen hätten, die Forderungen des deutschen Volkes auf friedlichem Wege durchzusetzen.

Für uns bedeutet das eine ernste Verpflichtung, denn für Nahrungsmittel geben die Krankenanstalten jährlich große Summen aus. Ihr Augenmerk muß daher darauf gerichtet sein, nach Möglichkeit nur die Lebensmittel anzuschaffen, die aus inländischer Erzeugung am Markte sind. Maßgebend hierfür und richtungweisend sind in erster Linie die vom Reichsminister für Ernährung und Landwirtschaft regelmäßig herausgegebenen Ernährungsrichtlinien, die eine Verbrauchlenkung im Sinne des Vierjahresplanes darstellen.

Ich darf aus der Fülle des dadurch gegebenen Materials folgende Zahlen und Hinweise herausgreifen:

1. Sehr groß ist der *Verbrauch an Warmblüterfleisch*, zu dessen Deckung immer noch große Mengen aus dem Auslande hereingenommen werden müssen. Der Verbrauch betrug vor dem Kriege im Jahre 1913 je Kopf 73,28 kg = insgesamt 29530000 dz, davon aus deutscher Erzeugung 29079000 dz, aus Einfuhr 451000 dz.

1936 betrug der Verbrauch je Kopf 70,68 kg, aber der Anteil der Auslandseinfuhr war gegenüber 1913 und den Vorjahren 1933, 1934 und 1935 gestiegen. Bei einem Gesamtverbrauch von 34652000 dz betrug der deutsche Anteil 33797000 dz, die Einfuhr dagegen 856000 dz. Das war u. a. mehr als das Dreifache der Einfuhr im Jahre 1934.

Angesichts der Weltwirtschaftslage und der Stellung der deutschen Volkswirtschaft in ihr müssen wir aber die Einfuhr jeglicher Nahrungsmittel und damit die Abhängigkeit Deutschlands vom Weltmarkt auf das möglichste einschränken.

Eine Möglichkeit hierzu bietet sich in der Förderung des Verbrauches von Kaltblüterfleisch, also von Fischfleisch. Die Ansätze in dieser Beziehung sind günstig, sie geben aber nur Anlaß, auf dem beschrittenen Wege weiterzugehen und dem Volke den Fischverbrauch immer mehr zu einer Selbstverständlichkeit zu machen. Folgende Zahlen zeigen die Steigerung des Verbrauches an Fischfleisch:

1934 betrug der Verbrauch an Fisch jeder Art je Kopf 8,8 kg, der Gesamtverbrauch betrug 5735000 dz, davon aus deutschen Fängen 3811000 dz und aus ausländischen 1924000 dz; 1935 stieg der Verbrauch auf 9,9 kg je Kopf; 1936 auf 11,8 kg je Kopf und 1937 auf 12,2 kg je Kopf. In diesem Jahre betrug der Gesamtverbrauch 8305000 dz, davon aus deutschen Fängen 6159000 dz und aus ausländischen Fängen 2146000 dz. Die Einfuhr war also erfreulicherweise gegenüber 1934 nur wenig gestiegen.

In England beträgt der Fischverbrauch 25 kg je Kopf, ein Beweis dafür, wie sehr der Fischverbrauch in Deutsch-

land zugunsten einer Einschränkung des Fleischverbrauches noch gesteigert werden kann. Kaltblüterfleisch enthält leicht verdauliches Eiweiß, es ist reich an Jod- und Phosphorverbindungen, daher durchaus geeignet, Warmblüterfleisch zu ersetzen oder Fehlbestände an diesem auszugleichen.

Es liegt also durchaus in der Richtung der Gewinnung der Nahrungsmittelfreiheit, den Fischverbrauch zu steigern und die Volksgenossen durch Anbieten wechselnder und geschmackvoller Fischgerichte in den Krankenanstalten zum Fischverzehr zu erziehen. Es mag das unlogisch erscheinen angesichts der Tatsache, daß noch ungefähr $\frac{1}{4}$ des jetzigen deutschen Fischverbrauches durch Auslandseinfuhr gedeckt werden muß. Dieser Auslandsanteil geht jedoch zurück, und wir haben daneben dafür zu sorgen, daß möglichst viel Seefische und weniger Heringe verbraucht werden, damit die deutschen Fangflotten *ständig* ausreichend beschäftigt sind und nicht nur zur Zeit des Auftretens der großen Heringsschwärme, wo sie trotz stärkster Anspannung den deutschen Heringbedarf nicht decken kann.

Fischgerichte sind mindestens einmal in der Woche zu verabfolgen; im Rudolf Virchow-Krankenhaus gibt das Auswahlessen die Möglichkeit, mindestens zweimal wöchentlich Fischgerichte anzubieten, die immer genügend Liebhaber finden.

2. Aber nicht nur auf dem Gebiete der Fleischversorgung ist eine *Verbrauchlenkung* erforderlich. Aus den Wochenberichten des Instituts für Konjunkturforschung ist zu entnehmen, daß der Bedarf an pflanzlichen Nahrungsmitteln, wie überhaupt der lebenswichtigsten Grundnährstoffe, wie Brotgetreide, Kartoffeln, Weiß-, Rot- und Wirsingkohl, Mohrrüben, Steckrüben, Zucker und Trinkmilch aus inländischer Erzeugung, also aus eigener Scholle gedeckt werden kann. Das nötige Fleisch stammt, wie ich bereits ausgeführt habe, zu einem Teil noch aus Auslandseinfuhr, und zwar teilweise auf dem Wege der Verfütterung ausländischer Futtermittel. Auch bei den Molkereiprodukten, Eiern und bei Fetten besteht noch eine Abhängigkeit vom Auslande, die noch nicht beseitigt werden konnte.

In der bereits erwähnten Pressebesprechung hat Reichsbauernführer *Darré* auch erwähnt, daß Deutschland nach den Berechnungen des Instituts für Konjunkturforschung seinen Nahrungsmittelbedarf heute zu etwa 82—83 v. H. aus eigener Erzeugung decke, gegenüber einem Selbstversorgungsgrad von nur 75 v. H. im Jahre 1932.

Anzustreben ist daher eine Ernährungsweise, die sich auf die deutschen Erzeugnisse stützt, also den Fleisch- und Fettverbrauch einschränkt. Auch vom Nährwert aus gesehen, bedeutet das keinen Nachteil. Das Institut für Konjunkturforschung hat in dem von vielen Fachleuten schon zitierten Wochenbericht Nr. 49 vom 9. Dezember 1936 angegeben, daß von 100 Nährwerteinheiten (Calorien) u. a. entfallen auf Brot, Gebäck, Kartoffeln 43; auf Fleisch 9.

Von 100 RM., die für Lebensmittel ausgegeben werden, entfallen dagegen u. a. auf Brot, Gebäck, Kartoffeln 20 RM., auf Fleisch 23 RM.

Die daraus vom Institut für Konjunkturforschung gezogenen Folgerungen ergeben die Notwendigkeit eines verstärkten Verbrauches an Kartoffeln, Zucker, Marmelade, Weißkäse und vor allem auch entrahmter Milch, die mit Unrecht als „Magermilch“ abgelehnt wird, Harzer- und Limburger Käse, Graupen, Haferflocken, einheimischen Gemüsen, Fischen und Hammelfleisch. Der Ver-

brauch von Brot, Backwaren, Mehl, Eiern, Reis, Erbsen, Bohnen, Linsen und Vollmilch brauche nicht geändert zu werden. Verminderung sei anzustreben für Rind- und Kalbfleisch, Butter, Schmalz, Speck, Speiseöl und -fette, Einfuhr von Gemüsen sowie Fettkäsen.

Im einzelnen geben die von mir bereits erwähnten, regelmäßig erscheinenden Ernährungsrichtlinien und die Berichte des Instituts für Konjunkturforschung, die jeder Anstaltsleiter lesen muß, genaue Anhaltspunkte für die aus der Markt- und allgemeinen Wirtschaftslage sich ergebende Verbrauchslenkung. Die Aufgabe der Krankenanstalten besteht in der Anpassung an diese Verbrauchslenkung und in entsprechender erzieherischer Beeinflussung der in ihnen aufgenommenen kranken Volksgenossen.

Unterstützt wird diese erzieherische Arbeit durch gutes und geschmackvolles Herrichten der Speisen. Schmeckt das Essen den Kranken, dann haben sie den Wunsch nach Wiederholung solcher Gerichte, wenn sie wieder zu Hause sind. Zweitens essen sie aber den Teller leer.

3. Es entstehen weniger *Abfälle*, und damit komme ich zu einer weiteren Aufgabe des Krankenhauses auf dem Gebiete der Ernährung und im Vierjahresplan: dem Kampf gegen Vergeudung, Verderb und Verlust von Lebensmitteln.

Dieser Kampf ist ein ständiger Kleinkrieg. Alle Anstaltsleiter kennen die Abfalleimer der Krankenstationen mit ihrem Inhalt an Brot, Gemüsen und Kartoffeln. Ständige Überwachung dieser Eimer nach Inhalt und Gewicht durch die Küchenverwaltung ist nötig und erzieherische Beeinflussung der Stationsleitungen, die zu dieser Kontrolle nach Bedarf hinzuzuziehen sind. Volle Trankeimer bedingen Einschränkung der Lebensmittelzuteilung an die betreffenden Stationen. Dabei ist ferner darauf zu achten, daß überhaupt nur nach dem tatsächlichen Bedarf und nicht für eine angenommene Pauschal-Verpflegungsstärke gekocht wird, und daß die Stationen die Lebensmittel nur entsprechend ihrer Belegung, eher noch weniger anfordern. Bleiben trotzdem Reste auf den Stationen, die noch nicht am Krankenbett waren, oder Reste in der Kochküche, so muß für deren beste Verwertung gesorgt werden.

4. Daneben ist wichtig eine *gute Lagerhaltung*. Keine Krankenanstalt kommt ohne gewisse Vorräte aus, manches Haus lagert Wintervorräte wie Kartoffeln, Kohlarthen, Obst auch in größeren Mengen ein oder macht selbst Kraut, Bohnen u. dgl. ein. Jede Lagerhaltung bedeutet die Verpflichtung zum Kampf gegen Verderb und Verlust. Viele Feinde bedrohen die Vorräte: Schmutz, zu warme oder zu feuchte Luft, Bakterien, Insekten und Ungeziefer. Ich will Sie nicht noch einmal mit Zahlen belästigen, es genüge Ihnen, daß nach statistischen Schätzungen im Jahre für viele Millionen Reichsmark Verluste an Nahrungsmitteln in den privaten Haushalten entstehen.

Wir lernen daraus, daß in den Krankenanstalten jede Schmitze Brot, die nicht gegessen wird und in den Trankeimer wandert, und jede verdorbene oder nicht gegessene Kartoffel einen Verlust bedeutet, und daß wir in den Krankenanstalten um so mehr gegen Verlust oder Verderb ankämpfen müssen, solange es nicht gelingt, die Verluste in den privaten Haushalten auf ein erträgliches Maß herabzudrücken. Waffen der Anstaltsleitungen in diesem Kampfe sind u. a. sparsamer Einkauf nur guter, einwandfreier Waren, häufigere Untersuchungen der Lebensmittel durch Nahrungsmittelchemiker hinsichtlich Qualität und Beschaffenheit, einwandfreie Lagerung in trockenen, täglich zu reinigenden Räumen, getrennte Lagerung aller

nicht zueinander passender, gegen Gerüche empfindlicher Lebensmittel, ständige und planmäßige Ungezieferbekämpfung.

Unter anderem ist z. B. der Kampf gegen die Ratten, von denen wohl keine Anstalt ganz frei ist, nicht nur an den von den Polizeibehörden angesetzten Tagen zu führen, sondern das ganze Jahr hindurch. Die gleiche Forderung gilt für die Bekämpfung der unangenehmen Schwaben. Nur ständige Bekämpfung dieser Schädlinge auch dann, wenn sie nur in geringer Zahl auftreten, sichert der Anstalt einen Erfolg.

Damit kann ich das Gebiet der Ernährung verlassen. Betont hatte ich schon, daß dieses Gebiet eines der wichtigsten und vom Vierjahresplan stark erfaßt ist. Daher habe ich es auch ausführlicher behandelt und bin mir trotzdem bewußt, daß man über diese Fragen noch vieles sagen müßte.

Ein weiteres wichtiges Gebiet, auf dem der Kampf gegen Verlust zu führen ist, ist das der Wäsche und ihrer Behandlung. Hierzu wird von anderer Seite gesprochen werden, so daß ich mir Ausführungen ersparen kann.

Verluste zu verhüten gilt es noch in der technischen Betriebsführung der Krankenanstalten. Die Betriebsüberwachung bietet hierzu die Handhabe. Es ist aber nicht damit getan, daß in der Betriebsüberwachung Zahlen aufgezeichnet werden, die dann in den Büchern stehen, sondern die Zahlen müssen auch ausgewertet werden. Betriebsüberwachung und Betriebsstatistik müssen ein klares Bild vom Betriebe geben.

Der technische Betriebsleiter muß durch eingebaute Meß- und schreibende Geräte sowie Führung entsprechender Betriebsaufzeichnungen in den Stand gesetzt sein:

1. den Betrieb durch Rundgänge augenblicklich zu überwachen und

2. ihn durch die Angaben der schreibenden Geräte und die Betriebsaufzeichnungen nachzuprüfen.

Großverbraucher von Dampf, Wasser, Strom und Gas, wie Kochküche und Wäscherei, vielleicht auch Zentrallaboratorien, müssen ihre eigenen Meßgeräte erhalten.

Will der Betriebsleiter genau vorgehen, so führt er für die vorhandenen einzelnen Abteilungen seines Betriebes wie Kesselhaus, elektrische Zentrale, Wasserförderung, ferner für Kochküche, Wäscherei usw. getrennte Aufzeichnungen. Diese Betriebsaufzeichnungen geben die Unterlagen ab für die Selbstkostenberechnung. Diese ist auch für den technischen Betrieb eines *Krankenhauses* erforderlich. Gewiß ist in einer Krankenanstalt im Gegensatz zu einem Kraft- oder Wasserwerk die Erzeugung von Strom und Wasser nicht Selbstzweck, sondern nur Mittel zum Zweck, nämlich dem der Krankenbehandlung. Deswegen sind Betriebsüberwachung und Selbstkostenberechnung aber nicht überflüssig, denn nur durch sie erkennt der Betriebsleiter die Verluste an Wärme durch schlecht arbeitende Kondensstöpfe, an Wasser durch undichte Zapfstellen, an Strom durch unvernünftige Entnehmer (ich erinnere nur an das Problem der Lichtfülle in den Personalwohnzimmern, der Verwendung von elektrischen Bügel-eisen, Kochern und Kochplatten durch Anstaltspersonal), den zu starken Gasverbrauch und Wasserverbrauch in Kochküche und Wäscherei.

Die Verpflichtung zu diesem durch Betriebsaufzeichnungen und Selbstkostenberechnung zu führenden Kampf gegen Verluste im technischen Betriebe der Krankenanstalten ergibt sich meines Erachtens schon aus der Tatsache, daß in den meisten von ihnen öffentliche Gelder in Form von Zuschüssen verwendet werden. Wieviel größer ist

diese Verpflichtung durch den Vierjahresplan geworden, der die wirtschaftliche Unabhängigkeit des deutschen Volkes erreichen soll.

Kurz gestreift sei nur noch die Frage der Verwertung der Altmaterialien. Der Reichskommissar für Altmaterialverwertung hat vor einiger Zeit durch die DAF., Zentralstelle für den Vierjahresplan, eine Broschüre herausgegeben, betitelt „Altmaterial“¹. Ich wünsche dieser Broschüre weitgehendste Verbreitung bei den Krankenhausleitern und dem gesamten Anstaltspersonal. Aus ihr geht hervor, welche Rohstoffwerte noch in Alt- und Abfallstoffen stecken, welche Mengen von Abfällen aber noch heute in Deutschland verlorengehen und durch Einfuhr aus dem Auslande ersetzt werden müssen. Der Wert dieser Einfuhr wird in der Broschüre auf rund 80 Millionen RM. beziffert. Eingeführt werden Lumpen, Altpapier, Alteisen, Knochen, Gummiabfälle usw. Daraus ergibt sich für die Krankenanstalten die Verpflichtung, alle Altmaterialien und Abfälle sorgfältig zu sammeln und dem Rohprodukthändler zuzuführen. Diese Händler sind in der Fachgruppe Alt- und Abfallstoffe in der Wirtschaftsgruppe Groß-, Ein- und Ausfuhrhandel zusammengefaßt. Aus dem früher gering geachteten „Lumpenhändler“ ist damit ein wichtiger Kämpfer für den Vierjahresplan geworden.

Damit bin ich am Ende. Ich habe gezeigt, wie vielseitig der Kampf der Krankenanstalten gegen Vergeudung, Verderb und Verlust im Krankenhause und wie bedeutend die Stellung der Anstalten in dem Ringen der deutschen Volkswirtschaft um die Rohstoff- und Nahrungsmittelfreiheit ist. Ich wäre aber nicht vollständig in meinen Ausführungen, wenn ich nicht diese Gelegenheit benutzte, um noch auf einen Verlust hinzuweisen, der zwar nicht materieller Art, darum aber nicht weniger bedenklich ist. Ich meine den Verlust, der an Arbeitsfreude und Arbeitskraft der leitenden Persönlichkeiten in den Krankenanstalten entsteht, wenn diese Persönlichkeiten nicht in echter Betriebsgemeinschaft zusammenarbeiten, sondern Zeit und Kraft an unnötige Zuständigkeitskonflikte verlieren. Es soll jeder auf dem ihm zugewiesenen Platz seine Pflicht tun, der Arzt am Krankenbett, der Verwaltungs- und Wirtschaftsleiter in der Anstaltswirtschaft! Der Arzt soll, unbelastet von Sorgen um die Anstaltswirtschaft, sich voll und ganz den Kranken widmen können und durch schnelle Wiederherstellung ihrer Gesundheit und Arbeitskraft der deutschen Volksgesundheit und Volkswirtschaft dienen; der Verwaltungsleiter soll, nicht gehemmt durch unnötige Bindungen innerhalb der Anstaltsleitung und nur dem Krankenhausträger gegenüber verantwortlich, die Anstaltswirtschaft führen. Dann werden die Verluste an Arbeitskraft und Arbeitsfreude, von denen ich sprach, ausgeschaltet. Der Kampf gegen diese ideellen Verluste liegt auch innerhalb der durch den Vierjahresplan gestellten Aufgaben, und mein Wunsch, mit dem ich schließen möchte, ist der, daß gerade diese Auseinandersetzungen durch entsprechende Dienstregelungen bald der Vergangenheit angehören mögen.

Vorsitzender: Ich danke Direktor *Oehler* für sein Referat, in dem uns die Nutzenwendungen des Vierjahresplans auf dem Gebiete des Krankenhauswesens gezeigt wurden.

Bock: Nach den eindringlichen Ausführungen von Verwaltungsdirektor *Oehler* möchte ich mich auf einige Diskussionsbemerkungen über die Wirtschaftlichkeit im Krankenhauswesen beschränken. Einige besonders krasse Fälle von Unwirtschaftlichkeit, die ich anführen werde, sind aus einer

großen Zahl von Prüfungen der Wirtschaftsberatung Deutscher Gemeinden herausgegriffen. Im allgemeinen ist die gute wirtschaftliche Führung der meisten Krankenanstalten anzuerkennen.

Die Wirtschaftlichkeit im Krankenhauswesen wird durch die Aufgabenstellung und Gesamtorganisation unseres Gesundheitswesens beeinflusst. Der immer teurer werdende Apparat eines Großkrankenhauses ist für Pflegefälle zu kostspielig. Bevor man erweitert, wird daher zu prüfen sein, ob man in größeren Städten durch Krankenhäuser für chronisch Kranke eine Entlastung der allgemeinen Krankenhäuser herbeiführen kann. Bei Pflegefällen spielt die ärztliche Behandlung eine untergeordnete Rolle, hier muß in erster Linie auf gute Pflege Wert gelegt werden.

Ist es sinnvoll, daß mittlere Häuser Geschlechtskranke aufnehmen, wenn in einiger Entfernung bei dem nächsten Großkrankenhaus eine hauptamtlich geleitete Abteilung dafür besteht, deren Belegung — wie vielfach — zu wünschen übrig läßt? Der Bau einer besonderen Männer- und Frauenstation für Geschlechtskranke (je 6 Betten und sämtliche Nebenzimmer, wie er an einer Stelle geplant ist) dürfte von vornherein verfehlt sein. Eine zu weitgehende Spezialisierung kleinerer Häuser sollte vermieden werden, weil sich hierdurch die Kosten erhöhen.

Die wirtschaftliche Denkweise muß in unseren Krankenanstalten mehr gepflegt werden; die gute Ausnutzung aller Räume und Einrichtungen ist für die Wirtschaftlichkeit eines Hauses von großer Bedeutung. Wir fanden eine Entbindungsabteilung im Anschluß an ein Isoliergebäude, in der 15 Wöchnerinnen untergebracht werden können. Durchschnittlich war diese Abteilung bei sehr erheblichen Schwankungen mit 3 Wöchnerinnen belegt, wofür der notwendige Stationsapparat (Hebamme, Schwester, Mädchen) bereitgestellt war. Das Isolierhaus war dagegen ständig überbelegt, eine Notbaracke war in Betrieb. Für wirtschaftlich denkende Menschen wäre es in diesem Falle selbstverständlich gewesen, für die wenigen Wöchnerinnen anderwärts im Hause Platz zu schaffen, und die freiwerdenden Räume für die anständige Unterbringung von Infektionskranken zu benutzen. Aus Prestige Gründen konnte jedoch eine solche Maßnahme nicht durchgesetzt werden.

Bei der Bemessung der durchschnittlichen Stationsgröße sollte man aus wirtschaftlichen Gründen höher gehen, als es zur Zeit vielfach üblich ist. Bewährte Schwestern als Leiterinnen von Pflegeeinheiten, die auf Grund längerer Erfahrungen eine Station vorbildlich führen und das entsprechende Personal anleiten können, werden in Zukunft noch knapper als Pflege- und Lernschwestern sein. Eine leitende Stationschwester ist in ihrer Aufgabe nicht ausgefüllt, wenn sie 15 Kranke zu betreuen hat. Je stärker ein Haus in Stationen aufgegliedert ist, um so mehr Personal ist auf allen Gebieten erforderlich.

Bei dem Mangel an Pflegekräften entzieht ein zu starker Einsatz von Kräften an einer Stelle anderen Krankenhäusern dringend benötigte Hände. Infolgedessen wird man zu untersuchen haben, ob an irgendwelchen Stellen insbesondere männliche Kräfte entbehrt werden können. Man sollte zu gewissen Mindest- und Höchstnormen in der Personalbesetzung für die einzelnen Krankenhaustypen kommen. Jedoch möchte ich auf diese heute nicht näher eingehen.

Zu hohe Ansprüche einerseits, ungenügende Einrichtungen andererseits, erfordern einen Mehraufwand an Personal. Wenn beispielsweise eine Küche oder eine Wäscherei so völlig unzulänglich mit Hilfsmitteln ausgestattet ist, wie wir sie fanden, so braucht man sich über einen Mehrbedarf an Personal nicht zu wundern.

Auf der anderen Seite erhöht ein Übermaß an technischen Einrichtungen und Installationen die Kosten, weil die Unterhaltungsarbeiten und die Pflege der Einrichtungen sehr viele Fachkräfte erfordern, die an anderen Stellen dringender benötigt werden.

Nicht Maschinen, sondern der Mensch ist für den Krankenhausbetrieb das Entscheidende. Wenn einzelne Posten mit unzulänglichen Kräften besetzt sind, bilden sie eine Gefahr

¹ Halle a. d. S.: Ewald Ebel, Postschließfach 270.

für die Volksgemeinschaft wegen ihrer Fehlleistung oder sie erhöhen zum mindesten die Betriebsaufwendungen sehr erheblich. Ein Krankenhaus darf aber nicht eine Versorgungseinrichtung für solche Kräfte werden.

Auf die großen Unterschiede in der Besetzung im ärztlichen und Pflegedienst möchte ich in diesem Zusammenhang nicht eingehen, sondern die Beköstigungswirtschaft herausgreifen.

Wenn in einer Krankenhausküche mit 200 Beköstigten eine 21 Jahre alte Küchenleiterin mit einem Kochlehrling, der eben ausgelernt hat, und einem halben Dutzend weiterer Kochlehrlinge den Betrieb führen soll, so ist es leicht erklärlich, daß die mangelnde Erfahrung zu einer erheblichen Verteuerung führt. Eine gute, wirtschaftlich geschulte Küchenleiterin versorgt mit einem Minderaufwand von 10 v. H. Kranke und Personal genau so gut wie eine weniger fähige Kraft. Sogenannte billige Kräfte sind häufig genug die teuersten.

Es läßt sich aber bei guter Organisation verhüten, daß infolge von Personalwechsel die Beköstigungskosten je Pfl egetag von 2 auf 3 RM. ansteigen, wie wir es an einer Stelle feststellen mußten. Bei dieser Gelegenheit sei nicht unerwähnt, daß einem Krankenhaus von einer prüfenden Stelle der Vorwurf gemacht wurde, daß ein Beköstigungsaufwand von 1,60 RM. je Pfl egetag unerhört hoch sei. Die Kritik war unberechtigt; Pfl egetag und Beköstigungstag sollten nicht miteinander verwechselt werden. Bei solchen schwerwiegenden Beanstandungen sollten die statistischen Unterlagen sehr genau geprüft werden; diese sind allzu häufig mangelhaft und verleiten zu falschen Schlüssen.

Bei der Beköstigung müssen wir zu Normen kommen hinsichtlich des Höchst- und Mindestverbrauchs bei bestimmten knappen Lebensmitteln und bei den verschiedenen Gruppen von Beköstigten. Wir haben beispielsweise stets gefordert, daß für Privatpatienten 1. und 2. Klasse im Durchschnitt nicht mehr als höchstens das Doppelte der allgemeinen Klasse ausgegeben werden darf. (Zurufe: Das ist viel zu viel! 100 Punkte 3. Klasse, 150 Punkte 2. Klasse, 200 Punkte 1. Klasse, das ist tragbar! Zustimmung.)

Ich freue mich, daß diese Meinung besteht. Bisher habe ich in vielen Häusern dahin wirken müssen, daß man nicht mehr als das Doppelte aufwendet, weil verlangt wird, daß die Beköstigung für die Privatpatienten so hochwertig wie irgend möglich sei.

Bei den Schwestern bezeichnen wir nach unseren Erfahrungen den 1,2fachen Aufwand des Normalbeköstigungstages als angemessen. Bei den Assistenzärzten wird man die Erstattung für freie Station in das richtige Verhältnis zu dem Aufwand bringen müssen. Wer viel zahlen will, kann eine besonders reichhaltige und damit teure Kost bekommen; dagegen dürfen die Ansprüche bei niedrigen Erstattungssätzen nicht so hoch gesteigert werden, wie man es vielfach antrifft.

Groß sind die Unterschiede im Mengenverbrauch bei einzelnen Lebensmitteln. Der Butterverbrauch schwankt beispielsweise zwischen 25 und über 60 g je Beköstigungstag. Auch den untersten Satz habe ich von anderer Seite als hoch beanstandet gefunden. Von Wichtigkeit ist, daß die Einschränkungen im Verbrauch, die der übrigen Bevölkerung auferlegt werden, auch beim Personal der Krankenhäuser vorgenommen werden.

Beim Milchverbrauch sind Unterschiede von 0,3—1 l je Beköstigungstag anzutreffen. Wenn im Rahmen des Gesamtaufwandes ein höherer Milchverbrauch vertretbar ist, so wird man nicht viel dagegen einwenden können, jedoch muß der Gesamtbeköstigungsaufwand angemessen sein. Hierfür haben wir bestimmte Normen entwickelt. Je Normalbeköstigungstag stellen wir Aufwendungen zwischen 80 Rpf. und nahezu dem Doppelten fest. Bei den kleineren Häusern findet man meistens die geringsten Aufwendungen, weil man individueller kocht und den Kranken zuteilt, sowie die Reste vollständig verwertet.

In der Wäscherei liegen häufig in kleineren Betrieben Mängel vor, die sich in der Qualität der Wäsche und der

Höhe des Verschleißes auswirken. Junge Mädchen werden kurzfristig angelernt und wechseln häufig, so daß der Betrieb darunter leidet und sehr große Unterschiede in den Leistungen zu beobachten sind. Vielfach wird die Einstellung von Fachkräften notwendig werden; zum mindesten sollte baldmöglichst in jedem Gau eine Schulung der verantwortlichen Wäschereikräfte in einer Krankenhauswäscherei vorgenommen werden, die nach Feststellung von Sachverständigen in dem betreffenden Bezirk besonders gut geleitet ist.

Beim technischen Betrieb sollte man darauf achten, daß die üblichen Grundsätze wirtschaftlicher Betriebsführung Berücksichtigung finden. Wir konnten in einem Falle feststellen, daß ein Krankenhaus gezwungen wurde, Koks in einer Hochdruckkesselanlage zu verfeuern, weil das Gaswerk unter Absatzmangel litt. Nach 2jähriger Stilllegung des Gaswerks wurde aber immer noch weiter so verfahren. Wir konnten nachweisen, daß dadurch 20 000 RM. mehr ausgegeben wurden.

Auch bei der Verwaltung sind gewisse Normen in der Personalbesetzung angebracht. Es ist ein Irrglaube, daß man durch viele Schreib- und Buchungsarbeit die Wirtschaftlichkeit eines schlecht geleiteten Hauses wiederherstellen kann. Da nützen auch keine Buchungsmaschinen im Anschaffungspreis von 7000 RM. für ein kleines Haus. Wenn man Maschinen einsetzt, muß man sie auch gut ausnutzen können. Bei der Verwaltungsarbeit wird man sich an bewährte Grundsätze bei der Inventarisierung und bei der Aufstellung von Statistiken halten müssen. Hier wird häufig viel gearbeitet, ohne daß eine entsprechende Auswertungsmöglichkeit besteht.

Der Schreibverkehr mit den Krankenkassen und sonstigen Kostenträgern sollte auf dem Wege einer Übereinkunft eingeschränkt werden. Wichtig ist es auch, daß Vereinbarungen mit den Wohlfahrtsämtern getroffen werden, um unnötige Verwaltungsarbeit bei den Wohlfahrtskranken auszuschalten. Ein Wohlfahrtsamt dürfte auch ohne ständige Berichterstattung in der Lage sein, sich über die angemessene Aufenthaltsdauer seiner Kranken zu informieren.

Beim Einkauf kann man vielfach wirtschaftlicher verfahren. Es geht nicht an, daß kleinere und mittlere Häuser unbedingt den Einzelhandel des Gebietes stützen müssen. Wer als Einzelhändler nur durch Aufträge der öffentlichen Hand zu überhöhten Preisen noch lebensfähig ist, hat im Grunde genommen bei der Verknappung der Arbeitskräfte keine Existenzberechtigung.

Preisunterschiede zwischen 2,76 und 3,20 RM. je Kilogramm Butter, 45 und 88 Rpf. je Kilogramm Brötchen und Rabattsätze von 0—25 v. H. charakterisieren die Verschiedenheit der Einkaufspolitik. Bei den Apotheken sollten bei größeren Entnahmen höhere Rabatte erreicht werden, weil der Zwischengewinn bei der Verrechnung über die örtliche Apotheke recht hoch ist.

Die Verrechnungspreise zwischen städtischen Werken und Krankenhaus müssen so niedrig wie möglich gehalten werden, weil sonst bei der Körperschaftsteuer ein Scheingewinn versteuert wird, der das Krankenhaus belastet. Lichtpreise von 45 Rpf./kWh, Wasserpreise von 40 Rfg./cbm, Gaspreise von 18 Rpf./cbm, sollten bei öffentlichen Krankenhäusern nicht mehr vorkommen.

Uns Krankenhausprüfern ist verschiedentlich vorgehalten worden, daß wir übergroße Sparsamkeit beanstandet haben. Wir sind aber der Auffassung, daß ein Krankenhaus, das seine Aufgabe erfüllen will, angemessen unterhaltene Räume und das mindest notwendige Inventar haben muß. Wenn Häuser mit 100 Betten nur einen Blutdruckapparat, der von der Infektionsstation zur Wöchnerinnenstation wandert, nur ein Heizkissen, einen völlig unzulänglichen Sterilisator haben, so geht die Sparsamkeit über das vertretbare Maß weit hinaus. Wenn aus dem gleichen Grunde die *Z. Kvk.hauswes.* nicht gehalten und die *Richtlinien des Gutachterausschusses* nicht angeschafft werden, so ist eine solche Sparsamkeit nicht mehr zu verantworten.

Die Wirtschaftlichkeit unseres Gesundheitswesens verlangt, daß Krankenhausleistungen vollwertig sind. Wenn Schäden durch persönliche Unzulänglichkeiten entstehen, so ist der volkswirtschaftliche Verlust zu bedenken. Deshalb

sollten wir die Musterbetriebe unter unseren Krankenhäusern als solche herausstellen. Wir haben erfreulicherweise bei der Wiederholung von Begutachtungen feststellen können, daß nach Jahren sehr wesentliche *Verbesserungen der Wirtschaftlichkeit* erzielt waren. *Beispiele dieser Art sollten in der Z. Krk.hauswes. eingehend beschrieben werden.* Der allgemeine Erfahrungsaustausch muß noch wesentlich verstärkt werden. Bei der Tagung der Fachvereinigung der leitenden Verwaltungsbeamten habe ich angeregt, man möchte einen Betriebsvergleich in begrenztem Rahmen, etwa für 20 mittlere Krankenhäuser, durchführen, bei dem die Organisation, die Verfahrenstechnik und die Betriebsergebnisse in allen Einzelheiten festgestellt und miteinander verglichen werden. Diese Ergebnisse könnten dann allen daran interessierten Krankenhäusern zugänglich gemacht werden. Ein solcher Anstoß ist für manche Betriebe notwendig. Diese brauchen Vorbilder, die wir auf diese Weise finden.

Vorsitzender: Ich danke Herrn *Bock* für seine Ausführungen, die dazu angetan sind, die Diskussion lebendig werden zu lassen. Herr *Bock* hat im Auftrage der Wirtschaftsberatung Deutscher Gemeinden eine Anzahl von Krankenhäusern besucht. Was er Ihnen vortrug, sind die negativen Erfahrungen, die er hierbei gemacht hat.

Kuhnert: Der Mangel an Rohstoffen in Deutschland, dessen Gründe Ihnen bekannt sind, muß zur Erreichung der größtmöglichen Unabhängigkeit von der Einfuhr aus dem Auslande auf synthetischem Wege ausgeglichen werden. Über die Möglichkeit und Grenzen eines solchen Verfahrens hat der Hauptgeschäftsführer der Wirtschaftsgruppe Chemische Industrie, Dr. *Ungewitter*, in seinem Werke „Verwertung des Wertlosen“ (Berlin: W. Limpert), zu dem der Beauftragte für den Vierjahresplan, Generalfeldmarschall *Göring*, ein Geleitwort geschrieben hat, in außerordentlich eindrucksvoller Weise referiert. In diesem Kreise ist hinreichend bekannt, wieviel Abfallmaterial verschiedenster Art in Krankenhäusern täglich vorkommt. Die chemische Industrie weist uns viele Wege für seine zweckmäßige Auswertung. Aus Material, das uns geringwertig oder wertlos erscheint, können heute hochwertige Produkte erzeugt werden. Die Verwertung der Abfälle ist ein entscheidender Faktor geworden für die Frage, ob es gelingt, uns von der Einfuhr von Rohstoffen unabhängig zu machen. Die außerordentlichen Erfolge der Aktion „Kampf dem Verderb“ sind unleugbar. Nicht nur das quantitative Ergebnis berechtigt zu kühnen Hoffnungen. Entscheidend für die endgültige Erfolgssicherung ist, daß die Idee mit überzeugender Kraft in die Volksmassen getragen werden konnte und dort bereits feste Wurzeln geschlagen hat.

Ich möchte nicht in den Fehler einer Kasuistik verfallen und Ihnen alle bisherigen Erfahrungen auf diesem Gebiete aufzählen. Dafür möchte ich aber einige Dinge, die in dem eingangs erwähnten Werke als besonders wichtig hervorgehoben sind und unseren Wirkungsbereich berühren, herausgreifen.

1. Kerne aller Art können als Ölrrohstoffe verwendet werden. Deutschland ist in seiner Fettversorgung zum größten Teil auf die Einfuhr ausländischer Ölfrüchte, fertiger Öle und Fette angewiesen. Es ist daher eine wichtige Aufgabe, alle heimischen, festen Rohstoffe zur Fett- und Ölgewinnung heranzuziehen. Unter anderem ist es notwendig, Kerne aller Art zu Fett und Öl zu verarbeiten. Eine regelmäßige Sammlung von Kernen muß daher auch in den Krankenhäusern durchgeführt werden.

2. Die Untersuchungen der chemischen Institute haben ergeben, daß für die Gewinnung von Öl und Seifenfett der zurückbleibende *Kaffeesatz* von besonderer Bedeutung ist. Die Charité liefert den Kaffeesatz regelmäßig an eine Firma ab, die erhebliche Mengen Öl daraus herstellt. Der erzielbare Jahresertrag aus der Erfassung des Kaffeesatzes wird allein auf 3000 Tonnen Öl geschätzt.

3. Wie beim Kaffeesatz, ist auch bei zahlreichen anderen pflanzlichen Abfallerzeugnissen eine nutzbringende Verwertung möglich. So gibt es für die *Schalen* verschiedener Früchte sehr lohnende Verwendungsmöglichkeiten. Kartoffelschalen dienen zur Korkgewinnung. Da der deutsche Korkbedarf

bisher durch Einfuhr gedeckt werden mußte, ist auch diese Erfindung von grundlegender Bedeutung. Kork wird nicht nur zum Flaschenverschluß, sondern in großen Mengen auch zur Linoleumfabrikation verwendet.

4. Von sachverständiger Seite wird mit größtem Nachdruck eine bessere Erfassung der **Knochenabfälle** gefordert. Die Schwierigkeit liegt hier darin, daß bei nicht hinreichend schneller Ablieferungsmöglichkeit die Gefahr besteht, daß die Knochen verderben und zur Weiterverarbeitung unbrauchbar werden. Aus Knochen können Leim, Fett, Gelatine, Futter- und Düngemittel gewonnen werden. Der optimale Gewinn hieraus wird auf jährlich 20 Millionen RM. geschätzt. In Krankenhäusern müssen die Knochenabfälle nicht allein in der Zentralküche, sondern auch auf den zahlreichen Stationsküchen gesammelt werden.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß nach den Untersuchungen von Dr. *Ungewitter* landwirtschaftliche Erzeugnisse bis auf den letzten Rest ausgenutzt werden können. Dr. *Ungewitter* prophezeit, daß alles, vom Unkraut angefangen bis zu den Stoffen, die täglich beim letzten Verbraucher den Müll-eimer füllen, eines Tages nutzbringend verwertet werden müsse.

Ganz so ideal wie bei den landwirtschaftlichen Erzeugnissen liegt es beim *Altmaterial* nicht. Aus der Fülle der Möglichkeiten möchte ich nur 2 Dinge herausgreifen, die für Krankenhäuser von besonderem Wert sind. Zunächst die *Alttextilien*. Die Erfassung von Alttextilien darf sich heute keineswegs nur auf Lumpen erstrecken. Es ist notwendig, sie auf alte Säcke, Filzhüte, Zellwoll- und Spinnstoffabfälle auszudehnen. Schon heute werden Alttextilien im Werte von 80 Millionen RM. jährlich erfaßt. Dann noch ein Wort zur Erfassung des *Altpapiers*. Dabei ist, ebenso wie bei den landwirtschaftlichen Erzeugnissen, eine totale Erfassung anzustreben. Altpapier wandert immer noch häufig ins Feuer, während es im Sinne des Vierjahresplanes liegt, daß es voll erfaßt und abgeliefert wird.

Zu dem Thema *Ernährungswirtschaft* im Rahmen des Vierjahresplanes, das *Oehler* vorhin behandelt hat, möchte ich das unterstreichen, was er über die Steigerung des Fischverbrauches gesagt hat. Nach meinen Beobachtungen besteht immer noch bei zahlreichen Kranken eine gewisse Abneigung gegen Fischgerichte. Das liegt wohl vor allem daran, daß die Fischzubereitung in der Massenverpflegung manchmal noch nicht auf der geschmacklichen Höhe steht, die die Kranken verlangen und auch verlangen können. In dieser Richtung werden die Versuche mit Nachdruck fortzusetzen sein. Um die Küchenabfälle auf ein Minimum zu reduzieren, wird man, wie ich annehme, nicht allein mit Kontrollmaßnahmen zum Ziele kommen. Ich glaube, daß es notwendig ist, sich die Erfahrungen des Professors *von Soós*, Budapest, dessen grundlegende Arbeiten (Der Verpflegungsbetrieb. Leipzig: Johann Ambrosius Barth) in diesem Kreise bekannt sind, namentlich für Großkrankenhäuser, zunutze zu machen. Das von ihm empfohlene Verpflegungssystem weist in der Praxis außerordentlich geringe Verluste auf. Die Einrichtung von Verteilerküchen, die mit weitgehender eigener Verantwortung die Verpflegungswirtschaft je einer Klinik zu führen haben, halte ich auf die Dauer bei einem Großkrankenhaus für unerlässlich, da sich nur bei einer solchen Gliederung Ausgleichs- und damit Ersparnismöglichkeiten bieten. Bei dieser Gelegenheit sei noch erwähnt, daß die Klinikleiter oft Klage führen über gänzlich unzureichende Kochkenntnisse bei dem ärztlichen Nachwuchs. Die Einrichtung von Lehrküchen ist deshalb, wo irgend möglich, anzustreben, vor allem, um die jungen Ärzte frühzeitig mit den Erfordernissen des Vierjahresplanes vertraut zu machen.

Im engsten Zusammenhange mit der bisher behandelten Frage der zweckmäßigsten Lenkung der Sachgüter steht das Problem des *Personaleinsatzes*. Hier gilt es, zunächst alle berufsfremden Arbeitskräfte, die noch in vielen Betrieben in nicht unerheblicher Zahl vorhanden sind, in ihren ursprünglichen Beruf wieder zurückzuführen. Die dabei hin und wieder auftauchenden Schwierigkeiten müssen zugunsten des höheren

Ziele in Kauf genommen werden. Die Frage des Personaleinsatzes im Pflegewesen, die durch den bekannten Mangel an Schwesternnachwuchs besonders akut geworden ist, hat durch die von dem Herrn Reichswirtschaftsminister kürzlich erlassenen Richtlinien für den Einsatz des pflegerischen Personals in den Universitätskliniken eine grundlegend neue Regelung erfahren. Der Rechnungshof des Deutschen Reiches hat durch Sachverständige eine große Anzahl von Universitätskliniken hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit ihrer Betriebsführung begutachten lassen. Nach der bisherigen Übung wurde die Frage des pflegerischen Einsatzes in den öffentlichen Krankenhäusern nach einem allgemeingültigen Verhältnissatz geregelt, ohne daß den besonderen Anforderungen der verschiedenen ärztlichen Disziplinen hierbei Rechnung getragen wurde. Die erwähnten Untersuchungen ergaben aber, daß der pflegerische Einsatz bei den einzelnen Disziplinen außerordentlich voneinander abweicht und deswegen für jede Disziplin ein besonderer Richtsatz gefunden werden mußte. Ebenso war ein Unterschied zu machen zwischen dem Einsatz des männlichen und weiblichen Pflegepersonals, dessen Anteil naturgemäß vielfach von den besonderen Wünschen der leitenden Ärzte abhängt. Der Rechnungshof hat demnach unter Benutzung der erhaltenen Vergleichsunterlagen auf einer mittleren Linie Richtsätze gefunden, die den normalen Einsatz des weiblichen und männlichen Pflegepersonals für die einzelnen Pflegebereiche (Krankenstationen, Operationsaal, Kreißaal, Poliklinik) bei den verschiedenen Disziplinen regeln. Auch dem Anteil der Wartung ist durch Festlegung bestimmter Anteilsätze für die Beteiligung dieser Kräfte (erwünscht sind Schülerinnen) Rechnung getragen worden. Die gefundenen Sätze sind Rahmensätze, die jeweils nach den örtlichen und räumlichen Verhältnissen und sonstigen Arbeitsbedingungen bis zu einer gewissen Grenze über- oder unterschritten werden können. Grundsatz ist, daß die verantwortliche Ausführung der ärztlichen Anordnungen am Kranken, die Krankenpflege, der ausgebildeten hochwertigen Schwester obliegen muß, die deshalb von geringerer Arbeit freizustellen ist. Die bloße Wartung, die eine Fülle einfacher Verrichtungen und Handreichungen umfaßt, ist dagegen von niedriger entlohnten Kräften auszuführen. Für die Reinigung der Klinikräume, der zugehörigen Flure und Treppen, sowie für sonstige Hausarbeiten, sind abschließlich Stations- und Hausmädchen zu verwenden. Nur bei einer scharfen Trennung dieser 3 Berufsgruppen (Pflege-, Wartungs- und Reinigungspersonal) ist die Höchstleistung eines Krankenhauses, soweit dieser Personenkreis in Frage steht, erreichbar. Sie muß nicht zuletzt darum erstrebt werden, um auch den größtmöglichen Erfolg bei der planmäßigen Lenkung der Sachgüter nach den Bestimmungen des Vierjahresplanes sicherzustellen.

Heilmann: Erlauben Sie mir, daß ich als Nachfolger von Dr. *Wirth* in der Leitung des Studienausschusses II der Internationalen Krankenhausgesellschaft einige Worte zu den Ausführungen von Dir. *Oehler* sage, und zwar bezüglich der technischen Betriebe in den Krankenhäusern.

In Ihren Haushalten spielen 3 Stoffgüter eine wesentliche Rolle: die Brennstoffe, das Wasser und das Abwasser. Bei der Brennstoffwirtschaft möchte ich unterstreichen, was Dir. *Oehler* in großen Zügen angedeutet hat. Besonders wichtig sind die laufenden Betriebsüberwachungen namentlich Ihrer Feuerungsanlagen. Sie treiben an den vor allem in der Energiewirtschaft so notwendigen Brennstoffen Raub, wenn Sie nicht den auf die Feuerungsanlagen richtig abgestellten Brennstoff verwenden und nicht für eine restlose Verbrennung sorgen. Die Rauchfahne an den Schornsteinen Ihrer Krankenhäuser läßt sehr oft darauf schließen, daß die Verbrennung nicht eine vollständige ist, daß die Kohle statt in CO_2 nur in CO , in Kohlenmonoxyd, überführt wird. Hier sind es im besonderen Ihre Pyrometeranlagen, welche den Heizern anzeigen, ob die Verbrennung eine vollständige und damit eine wirtschaftliche ist.

In diesem Zusammenhange möchte ich noch auf etwas anderes hinweisen. Sie wissen, daß die Frage der *Strahlungsheizung* auf der Tagesordnung des nächsten Kongresses der

Internationalen Krankenhausgesellschaft in Toronto im Jahre 1939 steht. Ich kann jetzt nicht auf Einzelheiten eingehen und erwähne nur, daß diese Strahlungsheizung durchgehend geeignet ist, Brennstoffersparnisse herbeizuführen. Innerhalb der Technikerschaft sind die Meinungen über den Wert und die Bedeutung der Strahlungsheizung noch nicht einheitlich. Es steht aber fest, daß die Strahlungsheizung, namentlich für Krankenhäuser, besondere wirtschaftliche und hygienische Vorteile bietet. Man erzielt mit ihr Brennstoff- und sogar Rohstoffersparnisse, denn Sie brauchen keine Heizkörper mehr, Sie heizen von der Decke oder von den Wänden aus. Der Eisenverbrauch ist bei der Heizkörperheizung größer als bei der Strahlungsheizung.

Zur *Wasserwirtschaft* innerhalb des Krankenhauses möchte ich darauf hinweisen, daß Sie ständig danach forschen müssen, ob Stellen in Ihrem Krankenhausbetrieb sind, wo Wasser infolge Undichtigkeiten nutzlos abläuft. Das können Sie nur, wenn Sie den dem Verbrauch im Krankenhaus angepaßten Wassermesser überwachen und die Folgerungen daraus ziehen. In diesem Zusammenhange spielt die Frage der Weichmachung des Wassers, namentlich auch für die Wäscherei, eine ganz große Rolle. Damit hängt die Frage des Fett- und Seifenverbrauches im Krankenhaus eng zusammen. Sie werden davon beim nächsten Punkt der Tagesordnung mehr hören. Ich persönlich stehe auf dem Standpunkt, daß die öffentlichen Wasserwerke allmählich daran gehen müßten, eine zentrale Enthärtung des Versorgungswassers zu betreiben. Diese Weichmachung spielt nicht nur im Krankenhaus eine wesentliche Rolle, sondern auch in jedem anderen Betrieb. Wichtig bei der Wasserwirtschaft im Krankenhaus ist die Frage der Eigenwasserversorgung oder des Anschlusses an die öffentliche Wasserversorgung. Die Frage des Luftschutzes legt uns den Gedanken nahe, die Eigenwasserversorgung stärker zu betreiben als es bisher der Fall war.

Einige Worte zur *Abwasserwirtschaft*. Zwei Gesichtspunkte möchte ich anführen: Einmal die Verwertung des Abwassers zu landwirtschaftlichen Zwecken. Glauben Sie nicht, daß ich einer stinkenden Verrieselung in der Nähe des Krankenhauses das Wort rede. In der Nähe von Köln wurde erprobt, daß eine Untergrund-Beetverrieselung des Abwassers zu einer Steigerung des landwirtschaftlichen Ertrages der Siedlerwirtschaft führen kann. Ein anderer Punkt, der auch im Buche von *Ungewitter* erwähnt wurde, ist der des Einbaues von Fettabscheidern im Krankenhaus. Ich empfehle dringend zu prüfen, ob solche Fettabscheider schon eingebaut sind und rate Ihnen, raschestens brauchbare, vom Prüfausschuß für Fettabscheider geprüfte und zugelassene Fettabscheider einbauen zu lassen. Die Stadt Berlin hat auf diesem Gebiete Erfolge aufzuweisen. In größeren Krankenhausbetrieben wird man am besten einen Vertrag mit größeren Seifenfabriken abschließen. Diese müssen die Fettabscheider regelmäßig entleeren und reinigen. Aus dem Abwasserfett können Seifen und Schmierfette hergestellt werden. Außer auf die volkswirtschaftliche Bedeutung dieser Verwertung des Abwasserfettes ist auf den geldlichen Vorteil hinzuweisen, der sich aus dem Verkauf des Abwasserfettes für die Krankenhausverwaltungen ergibt.

In diesem Zusammenhange möchte ich noch auf etwas aufmerksam machen: Die Stadt Berlin erreicht es sogar, daß auch aus den Inhaltsstoffen von Benzinabscheidern, die in Krankenhäuser ja auch eingebaut werden müssen, minderwertigere Fette und Schmierfette herausgeholt werden.

An die Gewinnung der Fettsäuren aus dem Abwasser großer Wäschereien ist gleichfalls zu denken.

Infolge der Anordnung der Überwachungsstelle für Metalle darf kein Blei mehr für Muffendichtungen, kein Kupfer und kein Zink und zum Teil auch kein Eisen mehr verbraucht werden. Dafür wird Ihnen auf diesem Gebiete außerordentlich viel an sog. Austauschstoffen angeboten. Ich rate Ihnen dringend, nichts zu verwenden, was nicht durch den Prüfausschuß für Grundstücksentwässerungsanlagen beim Deutschen Gemeindetag geprüft und zugelassen ist, dessen Obmann zu sein, ich die Ehre habe. Der Ausschuß wird Ihnen jederzeit mit Rat und Tat zur Verfügung stehen. Verwenden

Sie auf dem Gebiete des Wassers und Abwassers nichts, was nicht mit der technischen Normung in engstem Zusammenhange steht.

Mein Vorredner hat seine Ausführungen mit einer Erwähnung des Buches von *Claus Ungewitter* begonnen. Ich möchte damit schließen. Das Buch ist wirklich spannend zu lesen. Es zeigt Ihnen das, was bereits heute im Deutschen Reiche auf dem Gebiete der Verwertung des Wertlosen geleistet wird. Es zeigt auch, daß im Auslande von viel reicheren Ländern auf dem Gebiete der Verwertung des Wertlosen sehr viel gearbeitet wird. Das Buch gibt Ihnen für Ihre tägliche Arbeit viele Anregungen.

Rüdiger: Ich nehme an, daß Herr *Bock* hier die krassesten Fälle der von ihm geprüften Betriebe angeführt hat. Es dürfte wohl kaum eine Privatkrankenanstalt geben, in der Zustände tragbar wären, wie sie hier geschildert wurden. Denn die Privatkrankenanstalten erhalten von keiner Seite einen Zuschuß und sind außerdem noch mit den Steuern belastet, welche die öffentlichen und karitativen Krankenanstalten nicht tragen brauchen.

Herr *Bock* führt über die Verpflegung aus, daß in den verschiedenen Krankenhäusern die Naturalien für die Verpflegung ganz verschieden ausfallen und je Verpflegungstag erheblich schwanken. Mir ist nicht verständlich, wie derartige Schwankungen bei einer verantwortlichen Wirtschaftsführung auftreten können. Auch die Ausführungen, daß die Naturalien in der zweiten Klasse eines Krankenhauses das Doppelte an Unkosten verursachen wie in der dritten Klasse, halte ich für eine Fehlkalkulation.

In den Privatkrankenanstalten wird im allgemeinen nach dem Schlüssel für Verpflegungskosten gearbeitet, welcher als Grundlage die Verpflegung der dritten Klasse mit 100 Punkten, in der zweiten Klasse mit 150 Punkten und in der ersten Klasse mit 200 Punkten festgelegt. Die Erfahrung auf diesem Gebiete hat gelehrt, daß diese Schlüsselrechnung für Verpflegung für jede Privatkrankenanstalt wirtschaftlich tragbar ist und auch den Anforderungen, welche an die Verpflegung in den verschiedenen Klassen von den Kranken gestellt werden, gerecht wird. Es gibt allerdings auch einzelne Krankenanstalten, die den sog. Stuttgarter Schlüssel als Berechnungsgrundlage verwenden. Dieser steht auf 100 Punkten für die dritte Klasse, 180 Punkten für die zweite Klasse und 250 Punkten für die 1. Klasse. Dieser Schlüssel dürfte aber nur in großen Sanatorien und Bädern zur Anwendung kommen, wo in bezug auf die Verpflegung besondere Ansprüche gestellt werden.

In bezug auf die Verpflegung der Assistenzärzte stehe ich auf dem Standpunkt, daß eine solche Frage nicht in erster Linie als Kalkulationsfrage auftreten darf, da nach meiner Überzeugung der Arzt, der mit Freude seine Kranken versorgen soll, auch verpflegungsmäßig zufriedengestellt sein muß. Zusammenfassend glaube ich, wenn die 3 Sparten der Krankenanstalten, nämlich die privaten, die öffentlichen und die karitativen, noch enger zusammenarbeiten, als das bisher angestrebt worden ist, und in dieser Zusammenarbeit ein größerer Erfahrungsaustausch durchgeführt wird, wird diese Zusammenarbeit für alle Krankenanstalten von Vorteil sein.

Dann glaube ich, daß auch in den öffentlichen und anderen Krankenanstalten eine Wirtschaftsführung Platz greifen wird, daß ein Großteil der heute gezahlten Zuschüsse aus öffentlichen Mitteln nicht mehr erforderlich sein wird, denn was in Privatkrankenanstalten möglich ist, nämlich mit den Mitteln, die vom Versicherungsträger für die Kranken bezahlt werden, ohne Zuschüsse auszukommen, muß bei richtiger Wirtschaftsführung den anderen Krankenanstalten ebenfalls möglich sein.

Ich schlage daher vor, zu prüfen, wieweit es möglich ist, daß die leitenden Fachleute der 3 Sparten, nämlich öffentliche, private und karitative Krankenanstalten zusammenarbeiten können, um einmal ihre Erfahrung auszutauschen, zum anderen aber energisch die Schulung des Personals durchzuführen.

Es muß doch möglich sein, daß die wirklichen Sachkenner der Praxis von Zeit zu Zeit eine Schulung des Personals

durchführen, in welcher die angeschnittenen Probleme behandelt werden und die Erfahrungen ausgetauscht werden können. Die hier geschulten leitenden Beamten müssen dann aber in der Lage sein, ihre hier neugewonnenen Kenntnisse an das Personal der eigenen Anstalt weiterzugeben.

In der Kampfzeit ist die NSDAP. stark geworden durch die Schulung auch des kleinsten Amtswalters der Bewegung.

Wenn hier eine Schulung des Personals durchgeführt wird, wie sie ohne Aufwendung von größeren Mitteln möglich ist, wird das nach meiner Überzeugung der beste „Kampf dem Verderb“ sein, die nicht nur ein Kampf dem Verderb, sondern enorme Ersparungen an Mitteln erbringt, von deren Höhe wir uns heute wohl kaum selbst ein Bild machen können.

Vorsitzender: Ich danke Ihnen, Herr *Rüdiger*, für Ihre Ausführungen, die, was die Zusammenarbeit der 3 Trägergruppen von Krankenhäusern und die Ausbildung der leitenden Verwaltungsbeamten angeht; bald in die Tat umgesetzt werden. Mit der Fachvereinigung der Verwaltungsleiter der Krankenanstalten haben wir für Anfang Januar 1939 die erste Schulung in Aussicht genommen. Daß ein Bedürfnis nach engerer Zusammenarbeit besteht, erkennen wir daraus, daß wir zu unserer größten Freude auch außerhalb der gemeindlichen Krankenanstalten stehende Männer in ständig wachsender Zahl als Gäste bei uns gesehen haben. Das wird in Zukunft durch eine Neuorganisation, nämlich die Bildung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dahin abgeändert werden, daß sie nicht mehr als Gäste, sondern als gleichberechtigte Mitglieder in einer Organisation sitzen und beraten werden, wie das gesamte deutsche Krankenhauswesen gefördert werden kann.

Hoffmann: Nur eine kurze Bemerkung! Wir haben sehr interessante Ausführungen auch in der Diskussion gehört. Ich habe die Empfindung, daß in den beiden Referaten und in den ersten beiden Diskussionsbemerkungen der Gedanke einer extremen Sparsamkeit außerordentlich mitgeklungen hat. Da ich früher in der schweren Zeit der Inflation als Krankenhausdezerent Vorsitzender einer Verbilligungskommission bei der Stadt Berlin war, möchte ich auf Grund meiner reichen Erfahrungen zum Ausdruck bringen, daß die *Sparsamkeitsforderungen vor dem Wohl der Kranken haltmachen müssen*. Dafür, daß das nicht immer geschieht, ein Beispiel: Die Verbandwatte spielt im Krankenhaus eine große Rolle. Bis vor kurzem wurde durch eine Anordnung gefordert, daß die Verbandwatte 30 v. H. sog. Holzschliff beigemischt bekommen solle. Die Folge war, daß bei der Sterilisation die Wundwatte vollkommen ihren inneren Halt verlor und wie Pulver auseinanderfiel, besonders wenn sie der neuerdings für eine zuverlässige Sterilisation geforderten Temperatur von 120° ausgesetzt war. Aus den Krankenhäusern und Kreisen der Verbandstoffindustrie kamen Beschwerden von allen Seiten. Für mich als Vorsitzenden des *Fachnormenausschusses Krankenhaus (Fanok)* ergab sich die Notwendigkeit, die Gruppe Verbandstoffe, die jetzt unter der Leitung des an dieser Frage sehr interessierten Chirurgen, des Professors *Stahl*, Berlin, steht, erneut mit diesen Fragen zu beschäftigen. Alle in der grundlegenden Sitzung anwesenden Vertreter der verschiedensten Reichsdienststellen, auch das Reichsgesundheitsamt, waren mit den Vertretern der Industrie der Ansicht, daß auf diesem Gebiete so schnell wie möglich durch Versuche festgestellt werden müßte, was man von einer Verbandwatte als Minimalforderung auch in der Jetztzeit verlangen muß.

Daraus ergibt sich, daß man mit allen diesen einschränkenden Forderungen und Maßnahmen, wie sie zur Zeit geboten sind, nicht allzu weit gehen darf, weder was das Material noch das Personal anlangt. Auf Einzelheiten möchte ich nicht weiter eingehen. Früher sagte man: Für den Kranken ist das Beste gerade gut genug. Diesen Grundsatz werden wir heute als wirtschaftlich denkende Männer nicht mehr recht vertreten können. Ich möchte aber doch sagen, daß auch für die Zukunft gelten müßte: *Für Kranke nur Gutes!*

Grüneisen: Mit großem Interesse habe ich die Referate verfolgt und kann mich dem, was Herr *Rüdiger* sagte, nur anschließen. Ich glaube, daß sich die freien Krankenanstalten bei der Bevölkerung deshalb einer gewissen Beliebtheit

erfreuen, weil es dort gut zu essen gibt. Die Qualität dieses Essens hängt nicht nur von der scharfen Kontrolle und der guten Fachkenntnis ab, sondern auch von einer Liebe zur Sache. Auch das klang in der Referaten an. Es hilft gar nichts, die Betriebe bis zum äußersten zu rationalisieren. An der Qualität darf nicht gespart werden. Es kommt jedoch darauf an, daß im Krankenhaus auch mit Liebe zur Sache und in Zusammenarbeit aller vorhandenen Kräfte gearbeitet wird. Ein Krankenhaus, in dem Unfrieden herrscht, arbeitet nachweislich unwirtschaftlich. Hierfür kenne ich Beispiele aus eigener Erfahrung. Die Revision eines Roten-Kreuz-Krankenhauses im Westen ergab Beschwerden über die mangelhafte Küche mit einem erstaunlich hohen Verpflegungssatz. Darauf wurde eine neue Kraft eingestellt, die den Tagesverpflegungssatz von 1,53 auf 1,22 RM. senkte. Das war die Zahl vor 2 Jahren. Die Küche war so ausgezeichnet und wurde derartig beliebt, daß die Umstellung sachlich viel mehr bedeutete, als nur die Ersparnis von 30 Rpf. Es ist also möglich, durch eine tadellose Führung der Küche in einem hausfraulichen Sinne etwas zu erreichen, und ich glaube, daß man für die Frauen in diesen Dingen eine Lanze brechen muß. Überall, wo Frauen kochen, ich glaube auch in der Großküche, gerät das Essen besser, und zwar kommt es nicht immer auf ein staatliches Examen an, sondern auf die Praxis des Kochens. Am besten ist es, wenn eine Schwester die Küche selbst leidet, aber das ist im Augenblick nicht immer möglich, weil es zur Zeit nicht hinreichend Wirtschaftsschwestern gibt, jedenfalls nicht bei der Roten-Kreuz-Schwesternschaft.

Es wird das Ziel sein müssen, Schwestern zur Verfügung stellen zu können, die auch einem Großbetrieb wirtschaftlich gewachsen sind. Damit komme ich auf das Thema Schwestern. Ich glaube, daß es notwendig ist, es kurz anzuschneiden, obwohl es heute in der Aussprache nicht berührt worden ist. Es gehört aber etwas zum Thema, besonders weil der Vorwurf erhoben wird, daß diese neuen Forderungen für Schwesternvergütung und -ausbildung die Häuser mit unwirtschaftlichen Kosten belasteten. Gesprächsweise habe ich solche Äußerungen hören können. Die Anordnungen des Reichsinnenministers zu dieser Frage haben nicht überall volles Verständnis gefunden. Nun hat Dr. *Kuhnert* vorhin Richtlinien des Rechnungshofes des Deutschen Reiches erwähnt. Diese Richtlinien hat das Deutsche Rote Kreuz zur Unterlage seiner Verträge mit dem Reichserziehungsministerium gemacht. In Zukunft wird ohne weiteres die Besetzung der Universitätskliniken mit Schwestern und Schülerinnen in einer Zahl durchgeführt, die durch diese Wirtschaftsprüfungen gewonnenen Verhältniszahlen gegeben sind. Die Richtlinien des Rechnungshofes des Deutschen Reiches sind ein außerordentlich wertvolles Material, das hoffentlich bald veröffentlicht werden kann.

Dr. *Kuhnert* hat ausgeführt, daß auch den Schülerinnen im Krankenhaus in der Krankenpflege ein ganz bestimmter Platz eingeräumt ist. Sie bilden den Ersatz für die Kräfte, die sich heute noch vielfach in Krankenhäusern finden und die von der Scheuerfrau zur Krankenwärterin aufgestiegen sind. Das ist eine Errungenschaft der roten Vergangenheit, mit der aufgeräumt werden muß. Es gibt andererseits Gemeindekrankenhäuser, wo die Schwestern selbst zu scheuern haben, und zwar neben voller Pflegearbeit. Das ist Vergeudung hochwertiger Kräfte. Bei den sehr sorgfältigen Prüfungen des Rechnungshofes des Deutschen Reiches ist mit außerordentlicher Sachkenntnis und Vertiefung eine glänzende Arbeit geleistet worden.

Für die Lernschwestern sind ähnliche Zahlen herausgekommen, wie sie in der Anordnung des Reichsinnenministers vom 4. X. 1938 für die gemeindlichen Krankenhäuser angeführt worden sind. Ich betone, daß die Schwesternschaft, wenn ich für sie sprechen darf, jetzt nicht etwas fordert, was eine Unwirtschaftlichkeit des Krankenhauses bedeutet und in Widerspruch zu dem stünde, was heute hier besprochen wird. Im Gegenteil, es ist im Interesse der rationalen Gestaltung der Krankenpflege eine Notwendigkeit, neben den erfahrenen Schwestern für die sekundären Leistungen, wie ich es nennen

möchte, diese Ausbildungskräfte, die Schwesternschülerinnen, zu besitzen. Außerdem haben wir das Reinigungspersonal, das lediglich darauf abgestellt wird und nichts mit der Krankenpflege zu tun hat.

Oft genug ist entgegengehalten worden: „Wir haben wenig Interesse daran, eure Schülerinnen auszubilden!“ Es ist doch wohl so, daß die Krankenanstalten am Nachwuchs Interesse haben. Wir leisten einen Dienst für die Volksgemeinschaft. Im Deutschen Roten Kreuz bilden wir $2\frac{1}{2}$ Schülerinnen von $3\frac{1}{2}$, die wir einstellen, für das künftige Familienleben aus. Von 3,5 Schülerinnen behalten wir eine Schwester übrig, die anderen heiraten meist. Das bietet gewisse Schwierigkeiten, wenn man ausschließlich vom Standpunkt der Krankenhausbesetzung urteilt. Es ist aber auch ein sehr großer Dienst an der Familie, an der Volksgemeinschaft, der dadurch geübt wird, daß ausgebildete Krankenpflegerinnen in großer Zahl als Mütter in die Familien gehen (*Rüdiger*: Und für den Kriegsfall!). Das ist ein besonderes Interesse des Deutschen Roten Kreuzes! Wir haben damit eine Reserve, die sehr wertvoll ist.

In diesem Zusammenhange möchte ich noch eine Bemerkung machen. Die Mehreinstellung von Schülerinnen, vielfach auch von Schwestern, bedingt eine angemessene räumliche Unterbringung. Ich bin einmal von Architekt *Distel* gebeten worden, für die Schwesternunterbringung Richtlinien auszuarbeiten. Bis jetzt bin ich noch nicht dazu gekommen, die Arbeit zu vollenden, hoffe aber, daß es bald möglich ist. Wenn wir Nachwuchs haben und halten wollen, ist es notwendig, für eine angemessene Unterbringung zu sorgen. Ich kenne ein großstädtisches Krankenhaus, wo Schwestern in einem Saal unter dem Dache wohnen, der durch 2 m hohe Scherwände abgeteilt ist. Dort wohnen 12 Schwestern zusammen. Die Schwestern haben zum Teil eigene Fenster in ihren Kojen, zum Teil auch nicht. Kann man von einem jungen Mädchen aus unseren eigenen Familien, Tochter, Nichte oder Schwester, verlangen, in solche Verhältnisse einzutreten? Sie wird alles andere als den Schwesternberuf ergreifen, wenn sie solche Verhältnisse vorfindet. Wenn man gute Kräfte in der Krankenpflege haben will, muß man sie richtig einschätzen und behandeln; man darf sie nicht herabwürdigen.

Die gut erzogene Schwester ist der wesentlichste Motor einer Sparwirtschaft im Krankenhaus. Sie muß an den Dingen, die hier zur Erörterung stehen, stark beteiligt werden. Die freien Krankenanstalten können existieren, weil unsere Schwestern sie als ihre eigene Angelegenheit betrachten und hinterher sind, daß nichts vergeudet wird. Darin liegt unsere Chance einer Sparwirtschaft. Neulich hat mir der Verwaltungsdirektor eines sehr großen städtischen Krankenhauses, in dem Rote-Kreuz-Schwestern arbeiten, gesagt, daß er vor einem Jahre angefangen hätte, die Oberschwestern der einzelnen Kliniken oder Stationen zu regelmäßigen Besprechungen zusammenzurufen, um mit ihnen die Maßnahmen der Sparwirtschaft durchzusprechen. Vor 10 Tagen teilte mir dieser Verwaltungsdirektor mit, daß er im Haushalt des Krankenhauses nachweislich 200000 RM. Ersparnisse durch Einschaltung der Oberschwestern und Stationsschwestern in das bewußte Sparsystem erreicht hat. Die preußische Hochschulverwaltung ist im Begriff, den gleichen Weg zu gehen. Die Oberschwestern der einzelnen Kliniken sollen mit der Verwaltung so zusammengefaßt werden, daß die Oberschwestern unmittelbar in den Verwaltungsbetrieb als Sparfaktoren mit eingeschaltet sind. Das ist keine Mehrbelastung mit Arbeit, sondern etwas, was sich von selbst im Laufe der Arbeit erledigt, wenn nur darauf hingewiesen wird. Hier kann wieder einfach durch die gute Zusammenarbeit innerhalb des Krankenhauses Wesentliches erzielt werden.

Ich glaube, daß Einsparungen nicht allein durch technische Maßnahmen erzielt werden, sondern der Geist und die Gemeinschaft im Krankenhaus, die planvolle Zusammenarbeit zwischen Verwaltung, Ärzten und Schwestern sind die Punkte, mit denen die Wirtschaft des Krankenhauses steht und fällt.

5. Die Wäscherei im Krankenhaus.

B. E.: Dr. W. Kind, Sorau.

Die Erforderlichkeit, mit den verfügbaren Rohstoffen wirtschaftlicher auszukommen, hat die Aufmerksamkeit auch auf Wäschereifragen wiederum gelenkt. Daß die Wäscheschonung in den Betrieben der Krankenhäuser und anderer öffentlicher oder staatlicher Einrichtungen gleichwie das Waschen in gewerblichen Betrieben und im Haushalt noch viel zu wünschen übrigläßt, ist bekannt. Wie viele Millionen Reichsmark möglicher Ersparnisse für Textilien und für Waschmittel in Betracht kommen, ist noch nicht genauer ermittelt. Es handelt sich jedenfalls um große Summen.

Wie viele wiederholte Wäschen im Durchschnitt ein Stück aushalten sollte, um von einem normalen Verschleiß zu reden, läßt sich nicht mit *einer* Ziffer ausdrücken; es sprechen mehrere Umstände mit. Abgesehen von der Art und der Qualität des Stoffes, kommt es auf die Gebrauchsabnutzung, auf den Beschmutzungsgrad und die Anforderungen an das Aussehen der Fertigwäsche an. So wird bei einem Hemd, bei einem Bettlaken die Gebrauchsbeanspruchung wesentlich sein, während bei Tischwäsche die Zahl der möglichen Wäschen vorwiegend vom Waschen abhängt, denn mechanische Einwirkungen treten hier zurück. Eine kurze Benutzung läßt das Wäschestück weniger anschmutzen und auch mechanisch weniger beanspruchen, so daß das Reinigen leichter hält, die Arbeit läßt sich milder gestalten, und man kommt auf höhere Wäschezahlen. Richtig wäre es, die Wäsche weitgehend nach Art und Beschmutzung zu sortieren, um die Behandlung den jeweiligen Erfordernissen möglichst anzupassen. Das geschieht sicherlich auch, man hat aber im Hinblick auf die Faserschonung immer wieder hierauf hinzuweisen. Die Wäsche wird um so mehr gefährdet, je schärfer die Behandlung sein muß; stark verschmutzte Stoffe verlangen ein schärferes Waschen als Gewebe, die sich durch leichtes Seifen und Spülen reinigen lassen. Es besteht erklärlicherweise der Wunsch, daß der gesamte, in Behandlung genommene Posten sauber wird, um nicht einzelne Stücke nochmals nachwaschen zu müssen. Das führt dazu, die Arbeitsweise so zu gestalten, daß alle, selbst die stark fleckig-schmutzigen Stücke, sauber werden sollen; man kommt also zu einem unnötig scharfen Waschen der vielen Stoffe, die eine solche Behandlung nicht benötigen. Wenn einzelne Wäschestücke ohne Anwendung von Flecken- und Bleichmitteln nicht fertigstellbar sind, so ist vor allem hier Sachkunde vorauszusetzen, denn zu leicht wird sonst ein Schaden angerichtet. Einzelne Schadensfälle dürfen jedoch nicht Anlaß zu allgemeinen Reklamationen über die ganze Lieferung geben, zumal es vielfach strittig ist, ob der zu beklagende Verschleiß zu Lasten der Wäscherei geht und ob nicht etwa beim Gebrauch eine Beschädigung erfolgte oder die besondere Art der Verschmutzung die Ursache abgibt. Im Krankenhaus muß man z. B. wissen, daß Metalle und Metallverbindungen die Wäsche zufolge katalytischer Aktivierung von Sauerstoff gefährden, was bei Verwendung von Bleichmitteln sehr unangenehm werden kann, so bedeutet graue Quecksilbersalbe eine Gefährdung der Wäschestoffe. Theoretisch, ich betone theoretisch, ist es nicht richtig, für die Waschmaschinentrommeln Kupfer als Werkmetall zu verwenden, vielmehr wäre es richtig, die Maschinen aus Nickellegierungen oder am besten aus nichtrostendem Spezialstahl zu bauen, — leider ist Spezialstahl teuer. Der Werkstofffrage kommt jedenfalls große Bedeutung zu.

Diese Hinweise sollen nur zeigen, daß zum Waschen mit Maschinen Sachkenntnisse gehören. Man nimmt gerne an, jede Hausfrau kann waschen, also braucht man nur eine Frau oder in größeren Betrieben wegen der schweren Arbeiten einen Mann an die Maschine zu stellen, vielleicht einen Schlosser, damit die Reparaturen nebenbei erledigt werden. Leider erkennt man solchen Organisationsfehler nicht allzubald, denn ein vorschneller Wäscheverschleiß zeigt sich erst im Laufe der Zeit, es kann sogar jahrelang dauern. Daß ein Verschleiß von Weißwäsche bereits nach einigen wenigen Wiederholungen offenkundig einsetzt, kommt kaum mehr vor; derartige Waschmittel oder -verfahren würden gleich ausscheiden. Es gibt zwar hochempfindliche Gewebe, das Krankenhaus kauft aber keine Schleierbatiste und zarte Zellwollstoffe als Gebrauchswäsche. Die zu späte Erkenntnis, daß mit dem Waschen etwas nicht stimmt, wobei die Rücksprache in der Waschküche keine Arbeitsfehler ergeben will, führt zu einer gewissen Gleichgültigkeit; man findet sich mit dem angeblich größeren Verschleiß durch Maschinen ab, der unberechtigt ist. Wir haben in der Kostengestaltung der Wäschereien und in der Haltbarkeit von Wäsche mit Unterschieden bis zu mehreren 100 v. H. zu rechnen, die durch alle vorgebrachten Begründungen nicht entschuldbar sind. Was ist nun zu tun?

1. *In die Waschküche gehören Fachleute.* Wie es nicht erlaubt ist, eine Kraft- oder Lichtanlage einem ungelerten Manne anzuvertrauen, so sollten zum mindesten Wäschereien der größeren Anstalten — etwa ab 15 Beschäftigten? — einem Meister oder einer Meisterin mit Fachkenntnissen unterstellt sein. Die gewerblichen Wäschereien sind seit einigen Jahren zum Handwerk erklärt und in Innungen zusammengefaßt, soweit sie nicht eine Industriegruppe bilden, das Gewerbe erhält also eine zwangsläufige Ausbildung. In den mittelgroßen und kleinen Waschküchen der Krankenhäuser sollte ebenfalls für ein besseres Sachverständnis gesorgt werden.

In Erkenntnis der Bedeutung der pfleglichen Wäschebehandlung wurden durch Erlaß des Reichswirtschaftsministeriums vom 6. IV. 1936 die Verwaltungen auf die Ausbildungskurse an der Höheren Fachschule für Textilindustrie in Sorau hingewiesen. In den ersten Lehrgängen habe ich mitgewirkt und dabei vielfache Erfahrungen gemacht. Unbestreitbar konnten die Teilnehmer solcher Lehrgänge von 1 oder 2 Wochen Dauer viel lernen; man darf jedoch nicht erwarten, daß nach solcher Zeit nur sachkundige Waschmeister zurückkommen, da muß noch mehr geschehen. Der Meisterprüfung, die bei den Innungen abzulegen ist, haben sich später verschiedene Teilnehmer, darunter Krankenschwestern, mit Erfolg unterzogen.

Hier erwächst nun die Frage, wem die Waschküche von Krankenhäusern zu unterstellen ist, da neben den eigentlichen Wäschereiarbeiten, zu denen das Instandsetzen der Wäsche gehört, die Verwaltungsarbeiten einschließlich Einkauf von Hilfsmitteln, Maschinen, Textilien und vielleicht noch die Sorge für Kraft und Dampf treten. Ob die Verantwortung in eine Hand zu legen ist oder der Verwaltungsfachmann sich gleichzeitig mit den Einzelheiten in der Waschküche genügend beschäftigen kann, und ob andererseits ein Waschmeister oder die Wäschereischwester die organisatorischen Aufgaben übernehmen kann, hängt viel von den Persönlichkeiten ab. Ich freue mich, zu wissen, daß Verwaltungsbeamte neben ihren sonstigen vielseitigen Aufgaben ihre besondere Beachtung auf die Wäschereifragen richteten und erfolgreich wirken.

Es muß jedoch verständlich sein, daß man nicht nebenbei am Schreibtisch Waschmeister sein kann, es summiert sich das Waschen aus einer Reihe von Einzelvorgängen, und man kann sich nicht darauf verlassen, daß der neu-eingestellte Arbeiter oder die Waschfrau ein Rezept bekam, nach welchem das ganze Jahr schematisch zu arbeiten ist. Der häufige Wechsel der Personen in der Waschküche ist oft ein großer Fehler, denn erst die eingearbeitete Bedienung weiß, wie Schwierigkeiten vermeidbar sind und warum man diese und jene Wäsche anders zu behandeln hat, warum es verfehlt ist, zu denken, je mehr Soda man nimmt, um so besser fällt die Wäsche aus. So sehr man zu begrüßen hat, daß die Verwaltungsbeamten sich einen Überblick über die Herstellung der Wäschestoffe und ihre Bewertung sowie einen Einblick in die Wäschereitheorie und -praxis aneignen können, um so notwendiger ist es, daß die Aufsichtspersonen der Wäscherei und die Bedienung ein Verständnis für die wichtigen Arbeitsgänge haben. Wenn zwar der Mann an der Waschmaschine seine Ausbildung auf ein Waschrezept beschränkt sehen möchte, so wäre es für ihn besser, zu wissen, was dabei wesentlich ist, denn nur dann vermag er sich notwendig gewordenen Änderungen anzupassen. In den Sorauer Kurskursen waren Teilnehmer mit sehr verschiedenartigen Erwartungen, die Einschätzung der Ausbildung mag entsprechend ausgefallen sein.

Selbstverständlich geht es nicht an, jeden Wäscher und den Verwaltungsbeamten zu Kursen auf Schulen zu schicken. Für die kleineren Betriebe geben die Wäscherinnungen ein Vorbild, die in den letzten Jahren die Berufsausbildung erfolgreich förderten. Zunächst hat man die theoretische und fachliche Schulung geeigneter Obermeister betrieben, damit diese ihrerseits die Wäscher ihres Bezirkes unterrichten, was sich einfacher und dabei umfassender durchführen läßt, als die Beteiligung an Schulkursen, denn planmäßig müssen bis Ende 1939 alle Betriebsinhaber die Meisterprüfung ablegen. Solche Ausbildungsmöglichkeit wird für die in den Wäschereien der Krankenhäuser verantwortlichen Personen in Aussicht zu nehmen sein. Um das Anlernen von Schwestern haben sich auch Mutterhäuser mit Unterstützung von Waschmittelfirmen bemüht. Die Unkenntnis der nötigen Leistungen, bei der bereits erwähnten Gleichgültigkeit, erfordern jedoch die vermehrte Beachtung aller beteiligten Kreise, weil wir in steigendem Umfange den Änderungen auf dem Textilienmarkt Rechnung zu tragen haben. Die Waschbarkeit der verschiedenen Fasern ist nicht gleich gut, wie noch zu zeigen bleibt.

Was das Anlernen von Wäschern, Vorarbeitern, Wäscher-schwestern angeht, so ist eine gauweise Beratung und Schulung vorzusehen, in denen für die zusammenzufassenden öffentlichen Anstalten ein für die Wäschereipraxis sich besonders interessierender Verwaltungsbeamter oder ein Wäscher eine Schulung erhält, um dann seinerseits die Kollegen zu beraten, und zwar hin und wieder in den Anstalten selbst. Man lege den Ton auf das Wort Beratung, nicht etwa auf Revision. Was nottut, ist meist die Aussprache über die örtlichen Betriebsverhältnisse und Erfahrungen. Ich unterstreiche die Ausführungen von A. Jurasz, die dieser als Waschmeister eines Krankenhauses letzthin in der Z. Krk.hauswes. machte. „Gerade für das Personal in den Anstalten, wo ausschließlich weibliches Personal beschäftigt wird, wäre eine Schulung von allergrößtem Wert. Die Anstalten sollten geschlossen durch geeignete Kräfte in regelmäßigen Abständen ihr Personal gemeinsam schulen, eine besonders dazu geeignete Anstalt könnte ihre Waschküche zur Verfügung

stellen, um hier Praxis zu haben.“ Aussprachen mit vorangehenden kurzen Fachvorträgen dürften sich in Großstädten einrichten lassen, für die Anstalten in der Provinz wird solche Ausbildung schwieriger einzurichten sein. Ob und wieweit man gemeinsam mit den gewerblichen Wäschern vorgehen kann, also z. B. einen Obermeister hinzuzieht, bitte ich zu prüfen. Wenn die freie Wirtschaft staatliche Betriebe nicht gerne sieht, so scheidet eine Konkurrenz durch die Wäscherei der Krankenhäuser aus, weil die gewerblichen Wäschereien ihren Ruf bei Übernahme von Krankenhauswäsche gefährdet wissen; anders ist es mit dem Waschen für Badeanstalten u. dgl.

Den Wäschern nahezulegen ist das *Lesen der Fachpresse*, wie der *Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen* und der *Fachliteratur*, um nicht einseitig aus Firmenprospekten von Neuerungen der Waschmittel- und Maschinenindustrie zu hören. Auch der Bezug der Wochenzeitschrift „Wäscherei- und Plätterei-Zeitung“ müßte den Wäschereien notfalls vorgeschrieben werden. Erwünscht wäre auch das Studium eines Wäschereibuches wie „Das Waschen mit Maschinen“.

Wir benötigen weiter eine unabhängige beratende *Zentralstelle*, wobei auch an den Besuch der Betriebe zu denken ist, nicht nur an das Erlassen von Vorschriften. Der seine Kollegen beratende Beamte des Gaues braucht mitunter die Rückendeckung durch eine obere Instanz mit Fachkenntnissen.

Jedoch auch der fachlich vorgebildete Wäscher erreicht nicht die angestrebte Wäscheschonung, wenn die geeigneten Einrichtungen und Hilfsmittel fehlen, daher:

2. *Die maschinellen Einrichtungen müssen den Erfordernissen entsprechen.* Daß Waschmaschinen und Mangeln bei ehrwürdigem Alter noch laufen, beweist nicht ihre vorteilhafte Verwendung, die Maschinenteknik ist nicht stehengeblieben. Keineswegs sei gesagt, daß Großwaschmaschinen immer die rationellsten sind, wenschon unzweifelhaft eine solche Maschine viel weniger Bedienungskosten bedingt als mehrere Kleinmaschinen und die Ausnutzung der Chemikalien, sowie die Wäscheschonung günstiger sind. Aber wozu Großanlagen, wenn man nur für 2 oder 3 Tage in der Woche Arbeit hat? Zu groß projektierte Anlagen ohne Ausnutzungsmöglichkeit kalkulieren sich teurer trotz der rechnerisch günstigeren Einzelfüllung. Das gilt gleichfalls für die Größe des Gebäudes. Heute noch haben in vielen Wäschereien die Waschmaschinen keine Wasserstandsgläser und Thermometer, die Bedienung erfolgt nur nach dem Gefühl, man sucht also durch Auflegen der Hand auf die Außenwandung der Trommel die richtige Temperatur zu messen und will aus dem Geräusch der Flüssigkeit folgern, ob die Stoffe in der richtigen Menge Lauge oder Wasser laufen. Hier ist eine wesentliche Ursache eines vorschnellen Wäscheverschleißes zu suchen, denn daß die Fasern leiden, wenn sie trocken, d. h. mit zu wenig Flüssigkeit in der Waschtrommel sich reiben, und daß die längere Dauer der mechanischen Behandlung dabei den Angriff vermehrt, bedarf keiner weiteren Erörterung. Aber was soll der Wäscher machen, wenn es an Dampf, an warmem Wasser mangelt, wenn die Rohrleitungen zu eng dimensioniert sind, oder die Gasheißmangel nicht richtig arbeitet? Es ist der Fehler, daß noch viel zu viel nach Hausfrauenmanier gearbeitet wird, obgleich ein technisch rationeller Arbeitsablauf für die Wäscherei gefunden ist.

3. *Weiches Wasser ist die Grundbedingung für richtiges Waschen.* In hartem Wasser mit Kalkverbindungen will Seife nicht schäumen, weil sich unlösliche fettsaure Kalk-

niederschläge bilden, die zunächst zugesetzte Seife geht verloren, erst beim Überschuß schäumt die Lauge. Hartes Wasser führt zur vermehrten Verwendung von Soda und anderen Alkalien, wobei der Wäscher in Gefahr gerät, mit zu scharfen Laugen zu arbeiten. Über die Bedeutung des Waschens mit weichem und ebenso eisen-mangan-freiem Wasser ist schon so viel geredet worden, daß heute nur die grundsätzliche Bedeutung betont wird. Die Anreicherung von Kalkniederschlägen auf den Textilien hat verschiedene unangenehme Folgen, die verkrustete Wäsche wird spröde, sie verliert an Saugvermögen, an Aussehen, da die Kalkseifen zum Vergilben neigen. Keineswegs wolle man nur an die mit Seife entstehenden Kalkschmierungen denken, vielmehr reichern sich nicht zuletzt anorganische Kalkniederschläge an, wie der durch Umsetzung mit Soda entstehende kohlen-saurer Kalk und auch Kieselsäure aus wasserglashaltigen Mitteln. Für die systematische Enthärtung haben sich die Basenaustauschfilter nach dem Permutitsystem bewährt, das Aufstellen eines derartigen Filters ist dringend anzuraten, weil das Enthärten mit Soda in der Maschine nicht genügt. Die Forderung geht dahin, auch für die ersten Spülbäder Weichwasser zu verwenden, da sonst beim Spülen Abscheidungen zu erwarten sind. Der Anschaffungspreis der Filter darf kein Hindernis bilden, es bedeutet ein Sparen am falschen Ort, wenn man glaubt, solche Enthärtungsanlage sei eine theoretische Sache. Wie im einzelnen die Rechnung aufgeht, bleibt zu prüfen; die Zeit erscheint mir nicht fern, daß man auf die rückständigen Anstalten einen nachhaltigen Druck ausübt, denn bedauerlicherweise hat es bei vielen Verwaltungen an Verständnis für die Erforderlichkeit der Wasserenthärtung gefehlt. Zwar garantiert weiches Wasser allein die Wäscheschonung nicht, aber es ist eine Voraussetzung für die den heutigen Erkenntnissen angepaßten Waschverfahren. Kurz erwähnt sei, daß man seit einigen Jahren auch Hilfsmittel hat, welche gewissermaßen den Kalk vor der Seife und der Soda verstecken können, so daß keine Niederschläge mit Kalk, Magnesia, Eisen entstehen, da sich lösliche Doppelverbindungen bilden, alte Faserinkrustierungen lassen sich sogar wieder beseitigen. Es sind Alkaliphosphate, wie das Handelsprodukt Calgon, und unter dem Namen Trilon organische Verbindungen. Damit ist nicht gesagt, daß Permutit-Invertitfilter keine Bedeutung mehr haben.

4. *Das Waschverfahren ist den jeweiligen Erfordernissen anzupassen.* Eine Universalvorschrift gibt es nicht. So hat man behördlicherseits nur gewisse Richtlinien für das Behandeln der Hauswäsche aufgestellt und hat ebenfalls davon abgesehen, die Waschmittel zu normieren, zu klassifizieren. Was ist denn unter dem Schlagwort „scharfes Waschmittel“ zu verstehen? Eine scharfe Lauge enthält vermutlich viel Soda und wenig Seife. Aber ohne alle Soda kommen wir in der Wäscherei nicht aus. Leider ist Seife teurer als Soda, und so erklären sich niedrige Verbrauchskosten für Waschmittel vorwiegend durch ein Waschen mit viel Soda und durch Sparen an Seife. Der Begriff Seife schließt bekanntlich verschiedenartige Erzeugnisse ein, welche in ihrem Werte sehr ungleich sind. Das soll man bei Aufstellung von Vorschriften beachten und sich daran erinnern, daß die prozentuale Zusammensetzung in den letzten Jahren gemindert wurde, weil man den Gehalt an Fettsäure bei der Kernseife, den Seifenflocken begrenzt hat, um Ersparnisse an Fetten zu machen. Ob und wie weit solche Minderungen des Gehaltes an Reinseife nicht mit einem größeren Wäscheverschleiß verbunden sind, ist strittig.

Das Kapitel Waschmittel birgt so viele Schwierigkeiten und Unklarheiten über die Wirkungsweise, daß selbst die Wäschereifachleute nicht alle Fragen glatt zu beantworten wissen. Somit soll man nicht von mir *das Rezept* erwarten. Die Chemie hat in den letzten Jahrzehnten große technische Fortschritte zu verzeichnen. Abgesehen von Problemen wie die Herstellung von Fettsäuren aus Steinkohlenprodukten, sei die bedeutungsvolle Herstellung von kalkbeständigen Waschmitteln hervorgehoben. Gardinol, Fewa, Sekurit, Fex, sind bereits bekannte Worte, derartige Mittel spielen heute schon eine große Rolle, so vor allem beim Waschen von Wollsachen. Daß jedoch selbst bei Verwendung von kalkbeständigen Waschmitteln weiches Wasser notwendig bleibt wegen der etwaigen Niederschläge durch die mitverwendete Soda, ist zu beachten.

Eine längere Erörterung würde dem zweckmäßigen Gebrauch von Einweichmitteln und insbesondere von Bleichmitteln zu widmen sein, da hier ein umstrittenes Fragengebiet vorliegt. Einerseits ist an das durch Bleichen erzielbare bessere Aussehen der Wäsche, andererseits an die etwaige Fasergefährdung zu denken. Auf einen Nenner läßt sich die Beurteilung nicht bringen. Vor allem entscheidend ist, wie man ein Wasch- oder Bleichmittel anwendet. So greift Soda um so mehr an, je stärker die Konzentration, je heißer die Lauge und je länger die Einwirkung dauert. Wird ein Bleichmittel zu reichlich dosiert, so wächst die Fasergefährdung schnell an. Bleichmittel sind vielfach verpönt, die Heeresverwaltung z. B. läßt keine Bleichmittel verwenden. *Die gesamten Arbeitsbedingungen entscheiden über den Wert des Waschverfahrens*, wobei außer den chemischen Reaktionen die mechanischen Einwirkungen zu berücksichtigen sind.

Bei Beschaffung der Waschmittel sollte bekannt sein, daß die Kosten für Waschmittel nur 6, 8, 10 v. H. des Waschens ausmachen, wozu also vorwiegend an der Seifenrechnung sparen wollen, wenn feststeht, daß beim Arbeiten mit seifenarmen Laugen ein größerer Wäscheverschleiß droht! Nach dem Aussehen läßt sich eine Seife und ein Seifenpulver nicht bewerten, das Wort Seifenpulver führt leicht zu irrigen Auffassungen über den Gehalt an Reinseife, der Verkäufer hat den Prozentgehalt zu nennen. Sofern Ersparnisse in der Wäscherei angestrebt werden, ist vorwiegend an eine bessere Organisation und Ausnutzung des Betriebes zu denken, denn hier liegen 90 v. H. der Kosten.

Die heutigen Richtlinien für das Waschen raten von einem Kochen ab, und falls man ohne Kochen nicht auskommt, so soll dieses nur kurz dauern. Der ganze Waschvorgang soll in $1-1\frac{1}{4}$ Stunden durchgeführt werden, man findet jedoch noch kleinere Anstalten, in denen das Waschen bis zu 3 Stunden dauert, weil die technischen Anlagen unvollkommen sind und man irrtümlich glaubt, auf ein längeres Kochen nicht verzichten zu können.

Muß das Krankenhaus nicht ein Kochen der Wäsche verlangen, um eine einwandfreie hygienische Wäsche zu erhalten? Diese Frage läßt auf die Besorgnis eingehen, die neuartigen Textilien mit Zellwolle seien für Anstaltswäsche nicht geeignet.

Baumwollstoffen kann man beim Waschen viel zumuten und diese Tatsache erklärte den Rückgang des empfindlicheren Leinens in den Anstalten. Leinen bringt zwar von Hause aus die $1\frac{1}{2}$ -2fache Anfangsfestigkeit mit, aber bei unsachgemäßer Behandlung verliert das schöne Leinen mit seinen sonstigen Vorzügen schneller an Reißfestigkeit als Baumwolle. Die Wäschereien hatten

ihre Arbeitsweisen zu sehr auf Baumwolle abgestellt, die eine unvorsichtigere und schärfere Behandlung eher verträgt, heute muß das deutsche Leinen wieder vermehrte Verwendung finden gleichwie die Zellwolle. Bei Kunstseide und Zellwolle macht sich die geringere Naßfestigkeit geltend, deshalb erscheinen reine Zellwollgewebe für Anstaltswäsche nicht geeignet. Zu berücksichtigen ist, daß es nicht nur verschiedene Qualitäten von Baumwolle, Leinen gibt, sondern auch von Kunstseide und Zellwolle, gerade bei den künstlich hergestellten Fasern sind große Unterschiede, man hat neuerdings bereits Zellwollen von hervorragender Naßfestigkeit hergestellt, die sogar Baumwolle übertreffen. Wenn etwa ein Wäschestück aus Baumwolle oder Reinleinen aus irgendeinem besonderen Anlaß, so durch ein Überbleichen oder Versengen vor schnell unbrauchbar wurde, so erlaubt solches Vorkommnis kein verallgemeinerndes Werturteil. Für die Fanoknormen hat man die geeigneteren Waren aus Baumwolle und Leinen ausgewählt, für zellwollhaltige Gewebe kommt das gleiche in Betracht. Umfangreiche Versuche lehrten, daß Gewebe aus Mischgespinsten mit 16—20 v. H. Zellwollbeimischung zu Baumwolle in ihrer Gebrauchsfähigkeit den Waren aus reinen Baumwollgarnen entsprechen. Bei Waren, die wie Halbleinen in der einen Richtung aus Leinen, in der anderen aus Baumwolle bestehen, wird beim Gebrauch die empfindlichere Faser schneller verschleifen, bei einem *Mischgespinst* mit Zellwolle kann sich die Naßempfindlichkeit der Kunstfaser weniger auswirken, weil die Naturfaser sozusagen das Gerüst abgibt. Auf Grund vielseitiger Versuche finden Mischgespinste Verwendung, bei denen die Beimischung von Zellwolle den Gebrauchsanforderungen entsprechend schwanken soll, bei Wäschestoffen hat man mit dem Prozentsatz nicht so hoch zu gehen, wie bei anderen Waren, welche man weniger wäscht. Meines Wissens ist die Gebrauchsfähigkeit der nach Fanoknormen hergestellten Wäschestoffe noch nicht systematisch vergleichend geprüft worden, derartige Versuche, insbesondere im Hinblick auf die zellwollhaltigen Waren, würden zu sehr großen Nutzenanwendungen führen — das ist Forschungsarbeit im Sinne des Vierjahresplanes.

Betreffs der Befürchtungen, die Stoffe könnten den Anforderungen der Krankenhäuser bezüglich *Desinfektion*, *Sterilisierung* nicht entsprechen, sind neuestens auf Veranlassung der Reichsstelle für Wirtschaftsausbau vergleichende Großversuche eingeleitet worden — die erheblichen Kosten übernahm die Reichsstelle, wegen der Mitwirkung von Krankenanstalten bleiben Vereinbarungen zu treffen. Die Frage hat größte Bedeutung für Tuberkuloseheilstätten und für Infektionswäsche. Große Sicherheit bezüglich Abtötung von Keimen und Sporen bleibt zu fordern, ich bin jedoch der Auffassung, daß man die Ergebnisse der heutigen Waschtechnik unterschätzt hat und halte ein Kochen von Krankenhauswäsche, abgesehen von Ausnahmen, nicht für erforderlich. Die Einwirkung von Seifenlösungen usw. ist nicht aus Versuchen in der Petrischale zu folgern, denn das Waschen besteht in der Anwendung von mehreren heißen Laugen und Spülbädern mit bewegter Flotte, das Trocknen geschieht zu meist auf der Mangel oder durch ein Plätten, wobei wir eine Dampfsterilisation haben. Buntgewebe, wollene Sachen, werden auch nicht gekocht, ohne daß man wegen ungenügender Hygiene immer Bedenken hegt. Deshalb geht der Wunsch dahin, im Hinblick auf die Schonung der Textilien das Kochen einzustellen. Über das Sterilisieren und Desinfizieren der Wäschestoffe sind Prüfungen

eingeleitet, wobei sowohl die Arbeitsweisen wie auch die Hilfsmittel berücksichtigt werden. Erwähnt sei, daß zufolge amerikanischen Untersuchungen über das Waschen im Haushalt und in Maschinen das maschinelle Waschen bezüglich Keimfreiheit überlegen ist.

Nochmals sei betont, die Forderung, das ganze Waschverfahren den Textilien besser anzupassen, wird nicht nur wegen der Mitverwendung von Zellwolle gestellt, sondern auch im Hinblick auf die pflegliche Behandlung des Leinens und selbstredend wird die schonendere Behandlung auch der Baumwolle eine längere Gebrauchsdauer sichern. Reine Baumwollstoffe haben wir heute nur noch für besondere Zwecke, im übrigen werden Gespinste mit vorgeschriebenem Gehalt an Zellwolle verarbeitet. Auf die Gebrauchslenkung ist großer Wert zu legen, so eignet sich Mischgespinst weniger für Mangelbezüge wegen der ständigen Einwirkung nasser Hitze. Sehr wichtig dürfte hinfort die Herstellung von Mischgespinsten aus Flocken-

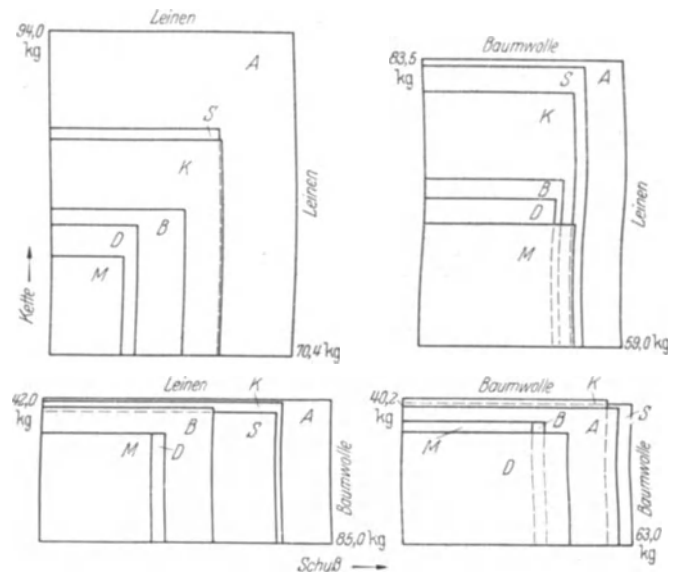


Abb. 1. Festigkeitswerte von Bettlaken aus Leinen, Halbleinen, Baumwolle nach 50 Wäschen in den Krankenhäusern K., D., M. in der gewerblichen Wäscherei B. und dem Haushalt S. Die Größe der Vierecke entspricht der jeweiligen Reißfestigkeit, wobei A die Anfangsfestigkeit der Probestreifen bedeutet, welche z. B. bei Leinen für die Kettstreifen 94,0 und für die Schußrichtung 70,4 kg beträgt.

bastzellwolle werden, also das Verspinnen verbaumwollter deutscher Flachs- oder Hanffasern mit Zellwolle. Unseren Großversuchen zufolge, bewähren sich derartige Wäschestoffe recht gut, das Einhalten von Grenzen vorausgesetzt. Grundsätzlich hat bei allen Waren nicht allein die Art und Qualität der Fasern, sondern auch die Art der Verspinnung und Verwebung allergrößte Bedeutung für den Gebrauchswert. Die Stärke der Garndrehung ist wesentlich, durch Verzwirnen erhält man festere Fäden, ein Gewebe mit loser Einstellung und mit flottierender Bindung nutzt sich leichter ab, namentlich wenn durch das Waschen mit hartem Wasser die Fasern spröder wurden und starkes Reiben in der Maschine oder auf einem Waschbrett die Bildung von Flusen fördert.

Die letzte Forderung heißt:

5. *Einführung einer Betriebsüberwachung.* Die Einstellung von Facharbeitern reicht nicht aus, man muß dem Wäscher und der Verwaltung die Möglichkeit geben, die Wäscheschonung zu überwachen, die gefühlsmäßige Beurteilung genügt nicht, man hat durch Mitwaschen von Probestreifen den Beweis zu bringen. Die gewerblichen Wäschereien sind dabei, ein Gütezeichen einzuführen. Jene Betriebe erhalten ein Leistungszeichen, welche folgende

Grundbedingungen erfüllen: 1. Waschen mit weichem Wasser, 2. die Reißfestigkeit von vorgeschriebenen Probestoffen darf nach 50maligem Mitwaschen bei Baumwollgewebe nicht mehr als 25 v. H. und bei Leinen nicht mehr als 35 v. H. verlieren, 3. Erreichen eines Weißgehaltes, der nicht unter 70 v. H. liegt, 4. der Aschengehalt darf

z. B. von einem Bleichen absieht —, so trifft der Grundgedanke, nämlich durch solches Zeichen die Schonung der Wäsche zu fördern, sehr wohl zu und die Reichsstelle für Wirtschaftsausbau, Herr Oberregierungsrat Dr. *Salzmann*, erwägt die einzuschlagenden Schritte. Wir alle wissen, daß durch die Wäschereien der Verwaltungen

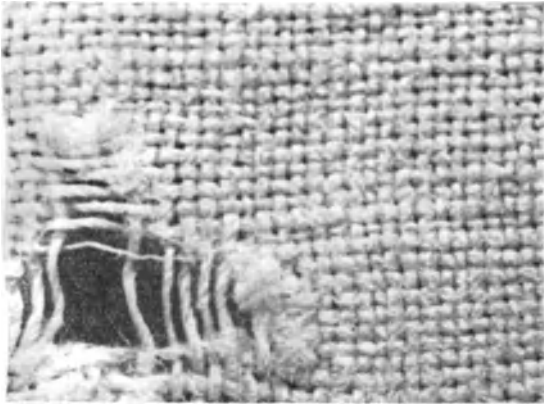


Abb. 2.

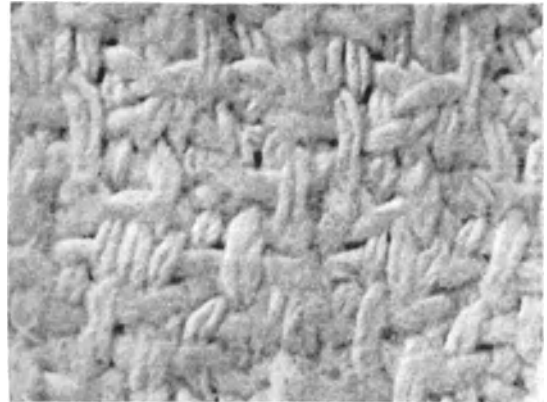


Abb. 5.

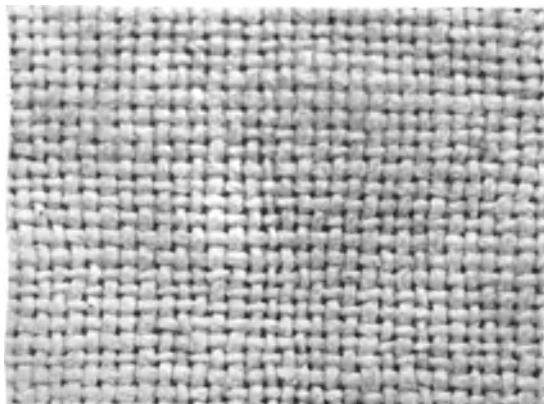


Abb. 3.

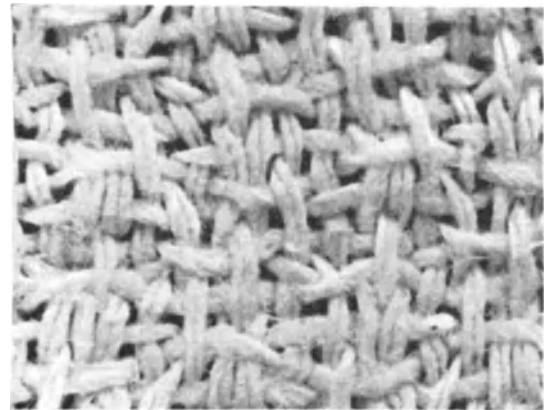


Abb. 6.

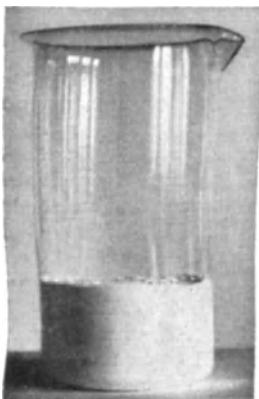


Abb. 4.

Abb. 2, 3 u. 4. Ausschnitte eines durch Kalkablagerungen stark verkrusteten leinenen Handtuches, dessen vorzeitiger Verschleiß bei der Weberei beanstandet worden war. Die Vergrößerungen zeigen einmal das verkalkte Gewebe und andererseits die Fasern nach Auflösen der Abscheidung mit Hilfe von Salzsäure und einem weiteren Waschen. Bei der Veraschung einer Probe hatte die Analyse einen Gehalt von 17% gegeben, welche Kalkmenge unter Verrechnung auf 1 qm Handtuchstoff durch die in ein Becherglas eingewogene Schlemmkreide veranschaulicht ist.

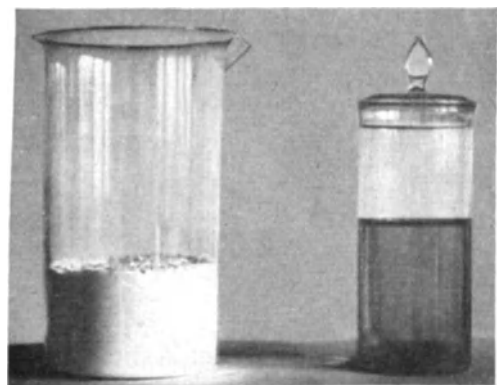


Abb. 7.

1,5 v. H. nicht übersteigen. Des weiteren wird der Wäschebetrieb durch einen Fachchemiker überwacht, da die Laugenalkalität und die Temperatur begrenzt sind, so ist das Kochen nicht gestattet. Wir haben damit die Beratung des Wäschers durch einen neutralen Fachmann und der Wert der Gütegemeinschaft ist meines Erachtens nicht zuletzt in der Beratung zu suchen, damit die unter ungünstigen Bedingungen arbeitenden Wäschereien ihre Leistungen verbessern lernen.

Wenn die Bedingungen des gewerblichen Gütezeichens nicht auf das Waschen in den Anstalten übertragbar sind — sie könnten zum Teil verschärft werden, wenn man

Abb. 5, 6 u. 7. Ausschnitte eines Windelstoffes aus einem Heim, der zur Untersuchung eingesandt worden war, weil ärztlicherseits über das Auftreten von Ausschlägen geklagt wurde. Die Aufnahmen zeigen die Beschaffenheit des Gewebes vor und nach dem Entfernen der Abscheidungen. 1 qm hatte einen Aschenrückstand von 53,7 g und einen Gehalt an Fetten von 55,1 g errechnen lassen. Bei diesen Abscheidungen, deren Mengen die Füllungen der Gläser andeuten, ist mit an die Verwendung von Puder und Salben zu denken.

alljährlich ein Arbeitsgut im Werte von Hunderten Millionen Reichsmark geht, und wir sind uns klar, daß durch unsachgemäßes Waschen immer noch große, einschränkbare Verluste auftreten. Nicht nur das Waschen von Kontrollstreifen ist vorzusehen, sondern durch Dauerversuche bleibt der Gebrauchswert der verschiedenartigen Wäschestoffe zu überwachen.

Nun meine Gegenfrage: was haben die beteiligten Verwaltungen zur Abstellung bislang unternommen? — Es war der gute Wille des einzelnen notwendig, über allgemeine Anleitungen ist man zentral nicht gekommen. Was im Einzelfalle erreicht wurde, ist leider bisher nicht Grund für allgemeine Umstellungen gewesen. Verwaltungsdirektor *Schilling* schrieb 1933 in der Z. Krk.hauswes.: „Trotz des gesteigerten Wäscheverbrauches um 12 v. H. konnten 1932 bei den bereits um 20 v. H. gekürzten Löhnen gegen 1929 noch 16000 RM. gespart werden, bei den Reinigungsmitteln 10538 RM. Die Leistung je Arbeiterin ist um 35 v. H. gestiegen. Die Mehrleistungen sind zum Teil auf die fachmännische Leitung und zweckmäßige Umorganisation der Wäscherei zurückzuführen. Die Ersparnisse an Waschmitteln sind allein auf die verbesserte Waschmethode durch den Wäschereileiter zurückzuführen.“

Einige Kartons mögen veranschaulichen, welche Beobachtungen wir mit Bettlaken machten, die für das Sorauer Institut vor einigen Jahren dankenswerterweise in mehreren Waschanstalten erprobt wurden. Die ungleichen Festigkeitsabnahmen nach 50 Wäschen sind aus den restlich ungleichen Größen der Karten ersichtlich. Daß außer der Gebrauchsabnutzung die Art der Probegewebe sehr wesentlich ist, sei nochmals im Hinblick auf die für das Gütezeichen verlangten Werte gesagt. Um auch noch ein Bild zu erhalten, in welchem Ausmaße man in alter Wäsche Kalkabscheidungen finden kann, werden aus unserer Sammlung einige Beispiele vorgeführt, ich erkläre dabei nachdrücklich, daß jedoch die Kenntnis des Aschengehaltes nicht für die Beurteilung eines Waschverfahrens ausreicht.

Mein Vorschlag geht dahin:

Der Gutachterausschuß für das öffentliche Krankenhauswesen setzt sich umgehend dafür ein:

A. Der Deutsche Gemeindetag richtet eine Beratungsstelle für Wäschereien ein, welche 1. für die beschleunigte Durchführung der gauweisen Ausbildung des Wäschereipersonals sorgen und 2. beratend eingreifen kann.

B. Der Deutsche Gemeindetag unterstützt die Wäsche-reisforschung.

Es wäre dabei verfehlt, ein eigenes Wäschereinstitut für die städtischen Wäschereien zu gründen, vielmehr müssen die Bestrebungen um Wäscheschonung zusammengefaßt werden, um die Mittel nicht zu zersplittern. Das der Kaiser Wilhelm-Gesellschaft gehörende Sorauer Forschungsinstitut plant, dank der Unterstützung der Berliner Zentralstellen, einen großen Ausbau; der Versuchsbetrieb der Wäschereiabteilung wird in der Lage sein, bis 300 kg am Tage zu waschen. England und Amerika haben in den letzten Jahren eine sehr große Wäschereiforschung aufgezogen, ohne daß diese Länder mit der Knappheit an Textilien und Seifenfetten rechnen, um so mehr tut für uns die schnelle Entwicklung not. Was die Aufbringung der Kosten für eine Zentralstelle für Waschfragen und die Ausbildung des Personals sowie eine Beteiligung an Forschungsarbeiten auf dem Gebiete der Anstaltswäscherei anbelangt, so würde für die 3 Aufgaben zusammen eine Angabe von 10 Rfg. je Krankenhausbett und Jahr einen Betrag liefern, der weitgehend die Verwirklichung solcher Bestrebungen ermöglicht.

Zum Schluß sei noch der Wunsch nach *einer baldigen Verwirklichung der Wäscheschonung* ausgesprochen, weitere statistische Erwägungen schaffen keine Abhilfe. Kampf dem Verderb in der Wäscherei muß eine Parole des Tages sein.

Vorsitzender: Ich danke Herrn Dr. *Kind* für seinen sehr interessanten Vortrag. Wir haben Sie gebeten, als Leiter der Chemischen Abteilung des Deutschen Forschungsinstitutes für Bastfasern bei uns zu sprechen, da Sie die berufene Persönlichkeit sind, über ein Problem zu reden, mit dem wir uns seit Jahren beschäftigen. Ich darf den Mitberichterstatler, Verwaltungsdirektor *Guthjahr*, der wiederholt über dies Thema zu uns gesprochen hat, bitten, aus seinen Erfahrungen das Korreferat zu halten.

M.B.E.: **Guthjahr:** Ich bin dem Referat des Dr. *Kind* mit großem Interesse gefolgt und habe mich über den Inhalt und die vortreffliche Zusammenfassung des ganzen Stoffgebietes gefreut. Es ist bei der Kürze der mir zur Verfügung stehenden Zeit leider nicht möglich, eingehender auf das Referat einzugehen und zu dem Wichtigen, was ausgeführt ist, noch ausführlichere ergänzende Bemerkungen zu machen. Ich greife einzelne Sätze aus dem Referat des Dr. *Kind* heraus, um zu den wichtigsten Fragen Stellung zu nehmen.

Dr. *Kind* sagte: 1. „Wieviele Millionen Reichsmark möglicher Ersparnisse für Textilien und für Waschmittel in Betracht kommen, ist noch nicht genauer ermittelt; es handelt sich jedenfalls um große Summen“.

Im Schrifttum wird behauptet, daß ungefähr 20 v. H. des gesamten Wertes der Wäsche durch faserschädigende Wirkungen im Waschverfahren der Volkswirtschaft verlorengehen. Man hat errechnet, daß der Wert der gesamten Anstaltswäsche in Deutschland 5—800 Millionen RM. beträgt. Über die normale Lebensdauer der Wäsche im allgemeinen liegen noch keine genauen Aufzeichnungen vor. Man besitzt nur veröffentlichte Erfahrungen mit der Hotelwäsche. Die Bettwäsche aus einem Hotelbetrieb soll nach 90—100maligem Waschen als verbraucht anzusprechen sein. Bei Handtüchern soll das sogar nach 70maliger Wäsche der Fall sein.

2. „Wie viele wiederholte Wäschen im Durchschnitt ein Stück aushalten soll, um von einem normalen Verschleiß zu reden, läßt sich mit einer Ziffer nicht ausdrücken“.

Das stimmt. Man kann das für die Krankenhäuser auch nicht allgemein errechnen, weil die Art der Wäsche und die Voraussetzungen für ihre Haltbarkeit in den einzelnen Anstalten ganz verschieden sind. Die Güte der Wäsche, die benutzt wird, ist nicht einheitlich. Ich habe hier ein Laken mitgebracht, das auf meine Veranlassung aus einem guten Baumwollstoff hergestellt worden ist, der genau der Friedensware entsprach, die in vielen Krankenhäusern Deutschlands in Gebrauch war. Die Laken dieser Art sind Anfang 1934 von einer gynäkologischen Station in Benutzung genommen worden und werden seitdem ausschließlich an diese zum Gebrauch von der Wäscherei verausgabt. Es handelt sich um eine Station, auf der infolge starker Verunreinigung mit Blut eine besondere Beanspruchung der Laken erfolgt. Es ist bestimmt vorauszusetzen, daß jedes Laken mindestens einmal in der Woche gewaschen wird. Ein häufigerer Waschprozeß kann aber behauptet werden. Wenn man nur eine wöchentliche Wäsche annimmt, so hat das Laken bis jetzt 240mal die Wäsche durchgemacht. Sie sehen aber, daß es sich noch heute in einem guten und brauchbaren Zustande befindet. Daraus ist zu entnehmen, daß es auf die Güte des Materials ankommt, um beurteilen zu können, wie oft ein Wäschestück das Waschen verträgt. Aber noch etwas anderes ist festzustellen. Es ist unbedingt notwendig, die maßgebenden Instanzen, die zur Zeit bei der Wäschelieferung an die Krankenanstalten mitzureden haben, davon zu überzeugen, Krankenhauswäsche muß besonderer Art und Güte sein, weil sie auch viel mehr als die gewöhnliche Haushaltwäsche beansprucht wird.

Es scheint erforderlich, eine Standardisierung der Krankenhauswäsche hinsichtlich der Art und Güte vorzunehmen und die Krankenhäuser mit besonders guten und im Faden stärkeren Qualitäten an Wäschestoffen zu beliefern. Wenn das einheitlich durchgeführt wird, dann wäre in Zukunft auch eine gewisse Möglichkeit des Vergleichs im Verbrauch der Wäsche durch die einzelnen Häuser geschaffen.

3. „Richtig wäre es, die Wäsche weitgehend nach Art und Beschmutzung zu sortieren“.

Das ist für mich eine große Selbstverständlichkeit. Aber man kann nicht sagen, daß dieser Satz schon Allgemeingut in den Krankenhäusern geworden ist. Deshalb kann nicht oft genug auf diese Notwendigkeit hingewiesen werden. Es ist nicht nur weiße Wäsche von der farbigen zu trennen, sondern es muß auch eine Trennung nach der Art des Wäschestoffes erfolgen. Das ist in heutiger Zeit der Kunstfaserstoffe besonders wichtig. Eine verständnisvolle Sortierung der Wäsche nach der Beschmutzung entspringt dem Verlangen nach einer sachgemäßen Reinigung. Blutige und besonders schmutzige Wäsche ist getrennt von nur im allgemeinen verschmutzter Wäsche zu waschen. Die Behandlung der Wäsche muß in jedem Fall dem Schmutzgrad angepaßt werden. Niemals darf die Wäsche so, wie sie anfällt, zusammengewaschen werden. Ich denke da im Augenblick an die Wäsche der Infektionsstationen. Diese soll, bevor sie zur Waschküche gelangt, auf der Station selbst desinfiziert werden. Wie geschieht das häufig? Durch das Kochen in besonders auf den Stationen befindlichen Wäschekochern werden die Infektionskeime abgetötet. Nur dieses Ziel wird beachtet. Sonst aber wird die Wäsche, wie sie anfällt, mit Eiter, Blut usw. beschmutzt, in den Wäschekocher geworfen und gekocht. Dadurch wird die Wäsche ungemein geschädigt, der Schmutz und die Flecke werden nicht gelöst und entfernt, sondern in die Wäsche hineingekocht. Die Waschküche kann dann sehen, wie sie die so mißhandelte Wäsche sauber bekommt.

4. „Es besteht der Wunsch, daß der gesamte in Behandlung genommene Posten in dem Wäschegang sofort sauber wird, um nicht einzelne Stücke nachwaschen zu müssen“.

Dr. *Kind* macht mit Recht darauf aufmerksam, daß diese Arbeitsweise dahin führt, daß mit Mitteln im Waschprozeß gearbeitet wird, die für viele Wäschestücke nicht erforderlich sind. Mit dem Waschverfahren ist sofort ein Bleichen der Wäsche verbunden. Das Bleichen von Wäschestücken hat stets eine schädigende Wirkung für die Wäschefaser. Man soll daher nur diejenige Wäsche bleichen, die infolge besonderer Verschmutzung oder vorhandener Flecke des Bleichens bedarf. Hier wird in Krankenhäusern noch in der Regel gesündigt. Wenn man eine Sortierung der Wäsche nach dem Schmutzgrad und nach den Flecken vorgenommen hat, so braucht die allgemeine Wäsche nur mit guten Waschmitteln, aber nicht mit Bleichmitteln behandelt zu werden. Wäschestücke, die im normalen Waschprozeß nicht sauber zu bekommen sind und des Bleichens bedürfen, behandelt man besonders. Gut Waschen ist eine Kunst. Für das Bleichen und die Fleckenentfernung ist aber besonderes Verständnis erforderlich.

5. „Man nimmt gerne an, jede Hausfrau kann waschen, also braucht man nur eine Frau — oder in großen Betrieben wegen der schweren Arbeit einen Mann — an die Maschine zu stellen“.

Diese Annahme ist in der Tat weit verbreitet. In die Waschküche, auch der Krankenanstalten, gehören Fachkräfte, die etwas vom Waschen verstehen. Insbesondere müssen der Waschmeister und die Wäscheverwalterin eine gute Ausbildung besitzen. Das Wäschefach ist zum Handwerk erklärt worden. Das muß auch von seiten der Krankenanstalten beachtet werden. Infolgedessen muß der für die ordnungsmäßige Wäscherei verantwortliche Wäscher auch ein geprüfter und sachverständiger Mann sein. Was ist da hinsichtlich der Krankenanstalten festzustellen? Es wird wenig Krankenanstalten in Deutschland geben, die einen geprüften Waschmeister beschäftigen. Eine solche Stelle ist im Haushaltsplan der Krankenhauswäscherei wohl überhaupt kaum vorgesehen. Infolgedessen sind auch keine Mittel bereitgestellt, einen Waschmeister tariflich richtig zu bezahlen. Die Etatsmittel berücksichtigen die Beschäftigung einer Arbeitskraft mit dem einer solchen zustehenden Lohn. Demgemäß sind den Krankenhauswäschereien meist bei der Auswahl geeigneter Kräfte für die Wäschereien von vornherein die Hände gebunden. Hier muß Abhilfe geschaffen werden. Die Arbeitskraft, die für die wichtige Aufgabe des sachgemäßen

Waschens eingestellt wird, muß von vornherein für diese Arbeit als geeignet ausgesucht werden können. Es muß damit gebrochen werden, irgendeine sonst geeignete Arbeitskraft im laufenden Betrieb anzulernen, um dieser schließlich das Waschen zu überlassen. Das ist falsch angebrachte Sparsamkeit. An die Waschmaschinen in den Krankenhäusern gehören im allgemeinen wegen der damit verbundenen schweren Arbeiten auch männliche und nicht weibliche Kräfte.

Ich möchte daher nochmals unterstreichen, was Dr. *Kind* gesagt hat: „In die Waschküche gehören Fachleute“. Solche können nicht durch Anlernen und durch kurze Kurse herangebildet werden, sondern müssen systematisch geschult sein. Der leitende Verwaltungsbeamte eines Krankenhauses hat sich um die Wäscherei zu kümmern und diese zu beaufsichtigen. Er muß infolgedessen auch bemüht sein, das geeignete Personal in die Waschküche zu bekommen, damit er die Gewißheit hat, dem Interesse des Krankenhauses hinsichtlich der Wäschebehandlung ist voll Rechnung getragen. Wie Dr. *Kind* richtig hervorhebt, ist der häufige Wechsel in der Waschküche, wie er gerade in Krankenanstalten beobachtet wird, ein großer Fehler. Eingearbeitetes Personal muß der Wäscherei erhalten bleiben.

6. „Ausbildungsmöglichkeit für die in den Wäschereien der Krankenhäuser verantwortlichen Personen ist in Aussicht zu nehmen“.

Diese Ausbildungsmöglichkeit müssen die Krankenanstalten noch schaffen. Das Personal in der Wäscherei muß über die Art der Wäschestoffe und ihre Behandlung laufend unterrichtet werden. Es muß die Waschmittel und deren Verwendung kennen. Die Wäschestoffe aus den verschiedenen Fasern verlangen entsprechende Behandlung und Waschmittel. Wenn das nicht bekannt ist, wird zum Schaden des Krankenhauses gewaschen. Wenn man mal die Probe aufs Exempel machen würde, ob die in Wäschereien beschäftigten Personen durchweg Leinen, Halbleinen und Baumwolle voneinander unterscheiden können, so würde man überrascht sein über das Ergebnis. Über die Mischgewebe, wie diese sich zusammensetzen, wie sie erstellt werden, darüber besteht wohl allgemeine Unkenntnis. Unterweisung und Fortbildung darüber ist notwendig. Mein Plan ist, soweit auch Gelegenheit dazu geboten ist, mit unterrichtend nach der angedeuteten Seite hin wirksam zu sein.

7. „Das Lesen der Fachpresse und der Fachliteratur den Wäschern nahelegen“.

Auch das ist eine Maßnahme, die ich nur dringend befürworten kann. Leider muß auch hier festgestellt werden, daß nach dieser Richtung in den Krankenhäusern so gut wie nichts geschieht. Es fehlen meist die Etatsmittel für das Halten der Fachpresse und für die Beschaffung der Fachliteratur. Nun muß allerdings gesagt werden, daß wirklich geeignete Fachliteratur für das Personal der Waschküchen erst im Entstehen begriffen ist. Das zur Zeit vorliegende Werk von *Kind* über das Waschen mit Maschinen ist wohl das bedeutendste. Dr. *Kind* wird mir, worüber ich mit ihm schon persönlich gesprochen habe, es wohl nicht übelnehmen, wenn ich auch hier nochmals sage, bei aller Bedeutung seines Werkes erscheint es mir nicht das Buch zu sein, das für das Personal der Waschküche allgemein die Unterrichtung bringt, die erwünscht ist. Das Werk des Dr. *Kind* ist wissenschaftlicher Natur und setzt meistens Kenntnisse und ein Verständnis voraus, die bei den Wäschern und dem Personal im Krankenhaus im allgemeinen nicht zu finden sind. Ich habe das Werk des Dr. *Kind* wiederholt durchgearbeitet und bin für das aus ihm Gelernte Dr. *Kind* viel Dank schuldig. Aber auch ich muß sagen, es war für mich keine leichte Arbeit, den Ausführungen stets so zu folgen, wie das Gesagte es erfordert.

Es erscheint mir wichtig, eine Literatur zu schaffen, in der zweckmäßig und allgemeinverständlich alles gesagt wird, was über Wäsche und Wäschebehandlung zu wissen wichtig ist. Es sind Bücher erforderlich, die man dem Personal in die Hand geben kann mit dem Bemerkung, lies das aufmerksam durch und beschäftige Dich mit dem Inhalt, und Du weißt dann das, was Du in der Stelle, an der Du in der Wäscherei

stehst, wissen muß. Diese Bücher dürfen nicht viel voraussetzen, sondern müssen in verständlicher Sprache das Erforderliche sagen.

8. „Die maschinellen Einrichtungen müssen den Erfordernissen entsprechen“.

Was die Gestaltung und Einrichtung der Wäschereien in den Krankenhäusern betrifft, so darf wohl ohne Übertreibung gesagt werden, hier ist viel Versäumtes nachzuholen. Ich will nicht von den Waschküchen selbst sprechen. Sie sind meistens nicht zweckmäßig gebaut. Bei der Raumgestaltung ist zu wenig auf einen laufenden Betrieb und die bestehenden Notwendigkeiten geachtet worden. Wenn eine Waschküche projektiert wird, dann muß man sich zunächst darüber klar sein, wie soll der innere Betrieb sein. Nach der Gestaltung des inneren Betriebes hat der Baumeister die Räume des Waschhauses zu bauen. Erst kommt der innere Betrieb und dann die äußere Gestaltung. Es darf nicht, wie ich mich früher schon einmal ausgedrückt habe, von außen nach innen gebaut werden, sondern es muß von innen nach außen gebaut werden. Für die Gestaltung der maschinellen Anlagen sind auch sehr oft nicht die erforderlichen Mittel vorgesehen. Alte Anlagen, die längst überholt sind und der Erneuerung bedürfen, werden weiter benutzt. Das ist durchaus keine Sparsamkeit, sondern schädigend für die Durchführung eines sachgemäßen Waschprozesses. Wer Geld ausgibt, der spart. Dieser Satz gilt auch hier. Soviel sei nur allgemein gesagt.

9. „Weiches Wasser ist die Grundbedingung für richtiges Waschen“.

Das ist eine Tatsache, zu der eine Stellungnahme weiter nicht mehr nötig sein sollte. In allen Anzeigen der Tageszeitungen, in denen Waschmittel als geeignet angepriesen werden, wird auf die Notwendigkeit der Wasserenthärtung aufmerksam gemacht. Was Dr. *Kind* darüber gesagt hat, möchte ich nochmals unterstreichen. In den Krankenhäusern ist zur Erzielung von weichem Wasser in der Regel der Einbau einer Enthärtungsanlage eine zwingende Notwendigkeit. Es gibt aber nicht allzuviel Krankenhäuser, die sagen können, daß sie eine ausreichende Anlage zur Enthärtung des Wassers für den Waschprozeß besitzen. Wenn überhaupt eine Enthärtungsanlage vorhanden ist, so gewinnt man durch diese meist auch nur enthärtetes kaltes Wasser, aber kein enthärtetes warmes Wasser für den Spülprozeß. Wäscht man mit enthärtetem Wasser und spült nach dem Waschprozeß mit hartem warmem Wasser, so bringt man sich um den Erfolg des Waschens. Das, was man durch das Waschen mit enthärtetem Wasser erzielt hat, Verhinderung der Bildung von Kalkseifen, tritt im Spülprozeß ein, wenn das nichtenthärtete warme Wasser auf die gewaschene Wäsche tritt. Es kann den Trägern der Krankenhäuser nicht ernst genug nahegelegt werden, die Mittel zur Einrichtung von Enthärtungs-

anlagen für die Wäschereien der Krankenhäuser diesen nicht vorzuenthalten. Die Einrichtung einer Enthärtungsanlage erscheint mir eine wichtige Maßnahme im Verfolg des Vierjahresplanes für die Krankenhauswäschereien zu sein.

10. „Das Waschverfahren ist den jeweiligen Erfordernissen anzupassen.“

Das ist richtig. Auch hier möchte ich unterstreichen, was Dr. *Kind* sagt: „Eine Universalvorschrift gibt es nicht“. Unter Berücksichtigung der für die einzelnen Wäschereien bestehenden Verhältnisse muß der Erkenntnis gemäß gewaschen werden. Man kann nicht genau vorschreiben, wie gewaschen werden soll. Man muß aber die richtigen Personen, die vom Waschen etwas verstehen, für den Waschprozeß zur Verfügung haben. Der Waschmeister muß die Waschmittel und ihre Zusammensetzung kennen. Er muß wissen, daß ein bestimmter Prozentsatz Fettsäure in der Waschlauge vertreten sein muß, wenn richtig gewaschen werden soll. Der Waschmeister darf nicht abhängig sein von den Empfehlungen der Firmen, die Waschmittel liefern, sondern er muß genau darüber unterrichtet sein, was er für einen sachgemäßen Waschprozeß braucht. Weiter will ich auf die Sache hier nicht eingehen. Es ist richtig, was Dr. *Kind* betont, an den Waschmitteln zu sparen sei verkehrte Sparsamkeit. Im Verhältnis zu den Gesamtkosten der Wäscherei sind die Kosten für die Waschmittel gering zu nennen. Was Dr. *Kind* über das Kochen der Wäsche gesagt hat, möchte ich unterstreichen. Er hat mit Recht betont, auch wenn man die Wäsche nicht kocht, erhält man im Waschprozeß eine einwandfreie hygienische Wäsche. Natürlich ist die Voraussetzung immer ein ordnungsmäßig durchgeführtes Waschverfahren. Für die Lebensdauer der Wäsche ist übrigens nicht nur ein guter Waschprozeß Voraussetzung, sondern es ist auch der Wäschebestand von Wichtigkeit. Ein ununterbrochener Kreislauf der Wäsche bringt diese, auch als Einzelstück gesehen, eher zum Verbrauch, als wenn Ruhe durch Lagerung eingeschaltet wird. Das kann man allgemein schon feststellen. Wenn man 2 Anzüge benutzt und diese im Tragen wechselt, so halten die abwechselnd getragenen Anzüge an sich länger als ein Anzug, den man dauernd trägt. Genau so verhält es sich mit dem Wäschestück, das zur Ruhe kommt. Es ist länger haltbar. Der geringe Wäschebestand, der vielfach in den Krankenhäusern zu finden ist, ist durchaus nicht unter dem Gesichtspunkte „Kampf dem Verschleiß“ zu rechtfertigen.

Was ich über die Wäscherei sonst noch sagen möchte, soll demnächst in einer Arbeit erfolgen, deren Veröffentlichung in der Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen in Aussicht genommen ist.

Vorsitzender: Ich danke den beiden Herren, daß sie das Thema in so erschöpfender Weise behandelt haben, so daß ich diesen letzten Punkt der Tagesordnung ohne Aussprache als erledigt ansehen kann. Ich schließe damit die Tagung.